

137

**L'Énoncé de la  
Division des sciences de la santé**

---

**Centre de recherches pour le développement international**

**Annexes: Documents de fond**

**October 1988**

## **L'Énoncé de la Division des sciences de la santé**

---

### **Volume I**

Table des matières .....	<i>i</i>
Préface .....	<i>v</i>
Condensé .....	1
Introduction .....	5
I. Aperçu du CRDI .....	7
Mandat, mission et objectifs du CRDI .....	7
Réévaluation de la stratégie du Centre .....	8
II. Aperçu de la Division des sciences de la santé .....	11
Historique de la Division .....	11
Situation de la Division .....	12
Mission et objectifs .....	12
Organisation .....	12
Élaboration des projets et programmes .....	16
Gestion et administration .....	17
Besoin d'un plan stratégique divisionnaire .....	18
III. Situation actuelle de la recherche en santé .....	21
Évaluation de la demande .....	21
Indicateurs de la situation sanitaire .....	22
Indicateurs de l'étendu des services de soins de santé primaires ...	22
Contribution du Canada à l'APD en matière de recherche en santé .	24
Autres facteurs liés à la demande .....	24
Évaluation de l'offre .....	27
Analyse comparative de l'offre et de la demande .....	28
IV. Évaluation du programme de la DSSa .....	33
Analyse du programme .....	33
Modes de financement .....	33
Orientation des projets .....	36
Évaluation des ressources disponibles .....	39
Budget .....	39
Années-personnes .....	40
V. Questions opérationnelles et stratégiques .....	43
Réceptivité et approche pratique .....	43
Accroissement de la capacité .....	43
Envergure des projets .....	43
Pertinence aux bénéficiaires .....	44
Personnel professionnel .....	44
Évaluation .....	44
Stratégie du programme .....	44

# **L'Énoncé de la Division des sciences de la santé**

---

## **Volume II**

<b>VI. Stratégies de recherche</b> .....	<b>47</b>
<b>VII. Les programmes de recherche</b> .....	<b>51</b>
<b>Santé et collectivité</b> .....	<b>52</b>
Portée et priorités du programme .....	<b>53</b>
Thèmes .....	<b>54</b>
Aperçu de programme .....	<b>57</b>
<b>Systèmes de santé</b> .....	<b>57</b>
Portée et priorités .....	<b>58</b>
Thèmes .....	<b>59</b>
Autres questions .....	<b>65</b>
Orientation future .....	<b>66</b>
<b>Santé et environnement</b> .....	<b>67</b>
Portée et priorités .....	<b>67</b>
Thèmes .....	<b>68</b>
Résumé .....	<b>73</b>
Initiatives spéciales .....	<b>73</b>
<b>VIII. Le renforcement des capacités de recherche</b> .....	<b>77</b>
<b>IX. Stratégies régionales</b> .....	<b>81</b>
<b>X. Dotation en personnel</b> .....	<b>85</b>
<b>XI. Budget</b> .....	<b>87</b>
<b>XII. Direction de la Division</b> .....	<b>89</b>
Exécution des programmes .....	<b>89</b>
Information .....	<b>90</b>
Les autres activités de la Division .....	<b>91</b>
<b>XIII. Évaluation</b> .....	<b>93</b>
Niveaux d'évaluation .....	<b>94</b>
Évaluations au niveau du Centre .....	<b>95</b>
Évaluations au niveau de la Division .....	<b>95</b>
Évaluations au niveau des programmes .....	<b>95</b>
Évaluations de thèmes .....	<b>96</b>
Évaluations de groupes de projets .....	<b>96</b>
Évaluations des projets .....	<b>96</b>
Rapports de fin de projet .....	<b>97</b>
Ressources nécessaires .....	<b>97</b>
Conclusions .....	<b>97</b>
<b>Figures et Tableaux</b> .....	<b>101</b>

---

## **Annexes**

- 1. Orientation en nutrition dans la Division des sciences de la santé**
- 2. Création d'une capacité de recherche dans les pays en développement**
- 3. Recherche en éducation sanitaire: Possibilités s'offrant à la Division des sciences de la santé**
- 4. Évaluation dans la Division des sciences de la santé**
- 5. Aide à la recherche sur le SIDA**
- 6. Les substances toxiques et la santé**
- 7. Femmes, santé et développement: Perspective de la Division des sciences de la santé**
- 8. Stratégies régionales portant spécialement sur le secteur de la santé**



**ORIENTATION EN NUTRITION DANS LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ**

**Mars 1988**

**J. Cervinkas**

## **TABLE DES MATIERES**

## **PAGE**

I. Nutrition et développement	1
II. Lutte contre la malnutrition : bref bilan des tendances en recherche et développement	1
III. Façons de créer un orientation en nutrition dans la DSSa	5
IV. Recommandations	11
V. Références	14

### **Annexes \***

Annexe 1	Aide de la DSSa à la recherche en nutrition
Annexe 2	Domaines proposés d'aide de la DSSa à la recherche en nutrition
Annexe 3	Projet de note sur l'alimentation et la nutrition au ERACO (document de janvier 1988 de C. de Sweemer)
Annexe 4	Note du 5 janvier 1988 de E. Weber à R. Young ayant pour titre : «Nutrition : Présentation au Comité de gestion»

## ORIENTATION EN NUTRITION DANS LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ

### I. Nutrition et développement

Une nutrition convenable est à la base de la santé et d'un minimum de bien-être dans une population. Comme l'ont dit certains spécialistes, la malnutrition est à la fois une conséquence et un facteur déterminant du sous-développement. C'est fondamentalement un produit de la pauvreté qui, à son tour, entame le capital humain d'un pays, resserrant ainsi encore plus la trame du paupérisme. Les privations nées de la malnutrition paraissent une négation intolérable d'un besoin et d'un droit fondamentaux de l'être humain<sup>1</sup>.

On estime qu'actuellement le cinquième de la population du globe ne mange pas suffisamment. Pendant la seule année où nous sommes, plus de 20 millions de gens, pour la plupart des enfants, mourront de faim et des maladies liées à la malnutrition.

Chez les survivants, où la malnutrition sévit souvent à des degrés divers, la réalisation d'un plein potentiel humain peut être à jamais hors de portée. On s'inquiétera tout particulièrement des indices éloquentes qui font voir une détérioration de l'état nutritionnel dans un certain nombre de pays où des adaptations macro-économiques ont été faites avec les enfants d'âge préscolaire et les femmes comme principales victimes<sup>2</sup>.

### II. Lutte contre la malnutrition : bref bilan des tendances en recherche et développement

Les orientations de la recherche en nutrition ont généralement traduit au cours des années l'idée qu'on se faisait des causes du phénomène à différentes époques. Jusqu'aux années 1970, le gros de la recherche scientifique a eu pour cadre principal les instituts de technologie alimentaire, les centres de recherche agricole et les laboratoires médicaux. L'accent était mis sur la recherche technologique et biochimique, car on croyait que la malnutrition découlait d'une disponibilité ou d'une utilisation restreintes de ressources alimentaires au niveau tant individuel que collectif. Pendant les années 1950 et 1960, les carences protéiques étaient considérées comme la grande cause des problèmes nutritionnels du Tiers-Monde et c'est pourquoi des investissements appréciables ont été faits en recherche sur les protéines comme source d'éléments nutritifs. Cette vue étroite des causes de la malnutrition a amené les gens à mettre au point des solutions techniques toutes faites à ce problème, qu'il s'agisse de protéines en production unicellulaire ou de concentrés protéiques venant du poisson. Pendant cette période, on a également consacré des moyens de recherche à la création de produits alimentaires de sevrage, à la recherche fondamentale et clinique en métabolisme des éléments nutritifs et à l'étude des liens entre l'état nutritionnel et l'infection. De plus, le secteur de la santé a joué un rôle de plus en plus important dans la prévention et la gestion du phénomène de la malnutrition

grâce à des activités de prévention, de dépistage et de traitement des maladies.

D'une manière générale, l'absence d'effets marqués de ces démarches sur la malnutrition, jointe à la constatation que le manque d'énergie était la cause fondamentale de la malnutrition protéines-énergie, a entraîné un bouleversement des priorités d'affectation de ressources à la recherche. Les milieux scientifiques ont désormais cherché à mettre davantage la science au service de l'augmentation des rendements agricoles en vue d'une amélioration de la nutrition, un objectif que les scientifiques de l'agriculture s'employaient à atteindre depuis les années 1950, ainsi que des travaux de recherche sur les cultures agro-industrielles tropicales.

Au début de la décennie 1970, la Révolution verte est arrivée avec ses engrais, ses pesticides et ses nouvelles semences de rendement élevé permettant d'améliorer la nutrition. Bien qu'ayant souvent eu pour effet de relever dans une large mesure les productions vivrières, cette révolution agricole n'a pas tout à fait répondu aux attentes qu'elle a suscitées. Au bout du compte, on a constaté qu'il était possible de ménager une importante progression des rendements culturaux dans bien des cas, mais que la faim et la malnutrition persistaient et que souvent le fossé entre riches et pauvres avait tendance à se creuser.

Avec ce bilan, on ne pouvait plus penser que l'augmentation des rendements, quoique nécessaire, suffirait à améliorer la nutrition. Des facteurs comme l'accessibilité des ressources, et notamment du capital ou des terres arables, étaient sans conteste d'importants facteurs d'accès à la nourriture et, par conséquent, d'une meilleure nutrition et d'une meilleure santé.

Au milieu des années 1970, on en était venu dans les milieux de la recherche et du développement à voir dans la malnutrition un phénomène se caractérisant par un ensemble complexe de relations que l'on devait reconnaître, analyser et comprendre avant que des solutions efficaces ne puissent être élaborées et appliquées. Le caractère multidimensionnel de la malnutrition a été représenté dans ses grandes lignes dans des schémas dressés par un certain nombre d'auteurs, dont E.T. Kennedy et P. Pinstup-Anderson (figure 1) et A. Pacey et P. Payne (figure 2). Les chercheurs continuaient à mener des études très circonscrites portant sur des aspects particuliers du problème de la malnutrition et leurs travaux venaient grandement enrichir le fonds de connaissances scientifiques sur l'alimentation et la nutrition, mais on distinguait nettement les limites d'interventions isolées destinées à combattre la malnutrition. On se devait d'élargir l'horizon de la recherche et de trouver des solutions plus globales sur le plan des orientations.

Une planification multisectorielle de la nutrition, intégrée à une planification et à des programmes plus vastes en politiques de développement, a alors fait l'objet d'une promotion active comme panacée en matière de malnutrition. L'objet de l'exercice de planification était de dégager un éventail de politiques et de programmes devant constituer une démarche complète, systématique et efficace par rapport aux coûts de lutte contre la

malnutrition. On devait mobiliser les divers organes de l'État dans le cadre d'un plan d'attaque concerté. Les problèmes d'alimentation et de nutrition devaient être envisagés d'une manière globale et on devait adopter des solutions à orientation multisectorielle mettant en jeu l'agriculture, la santé et l'éducation et les secteurs de compétence ministériels chargés de ces domaines<sup>3</sup>.

Dans les années 1980 cependant, l'espoir qu'une planification multisectorielle en nutrition freinerait une malnutrition en voie de généralisation s'était déjà considérablement atténué. Règle générale, cette orientation s'était révélée difficile à concrétiser sur le plan de l'action. Elle était par trop globale et ambitieuse, peu réaliste en regard des capacités des gouvernements nationaux et sur le plan des attentes en matière de collaboration intersectorielle, et trop exigeants en ce qui concerne l'utilisation de moyens de collecte, d'analyse et d'application de données. Et on craignait sérieusement que, dans tout cela, les bénéficiaires ultimes, les gens souffrant de malnutrition, ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritaient et dont ils avaient besoin.

L'expérience faite de la planification nutritionnelle multisectorielle a néanmoins eu de précieuses retombées. Comme le fait valoir Alan Berg<sup>4</sup> dans sa réfutation éloquent de l'affirmation de John Osgood Field que la planification nutritionnelle est aujourd'hui défunte, les problèmes de nutrition et leurs solutions sont aujourd'hui vus d'un tout autre regard qu'à l'époque où rien de cela n'existait. Beaucoup de gens travaillant à des projets d'intervention ou en recherche ont été directement amenés à élargir leur point de vue et à aborder d'une manière plus globale et plus analytique les causes multiples de la malnutrition. On reconnaît maintenant largement le caractère souhaitable de l'incorporation d'objectifs d'amélioration nutritionnelle à des projets pratiques dans des domaines comme ceux du développement communautaire et rural, des soins de santé primaires, du développement agricole et de la création d'emplois et de revenus. Beaucoup de ces activités ont été entreprises par des ONG, des groupements communautaires et d'autres organismes.

Les orientations adoptées par des organismes comme l'Unicef (avec son programme GOBI et les études de situation qu'il a entreprises dans un grand nombre de pays), d'autres organismes onusiens (en ce qui a trait, par exemple, au mécanisme multi-organismes de surveillance nutritionnelle) et l'IIRPA (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires) ont aussi subi la nette influence d'une stratégie fondée sur une analyse multisectorielle des causes de la malnutrition.

De plus, on peut relever à divers niveaux des exemples d'efforts opérationnels multisectoriels fructueux dans la lutte contre la malnutrition. Comme modèles à grande échelle d'interventions nutritionnelles réussies présentant un net caractère multisectoriel, on peut citer le projet d'intervention nutritionnelle intégré de l'État de Tamil Nadu et les expériences faites dans l'État de Kerala, également dans le sous-continent indien. A un échelon moins élevé, maints ONG se sont livrés avec succès à des initiatives

de lutte contre la malnutrition. Un trait commun de ces interventions fructueuses est qu'avant tout choix portant sur le type d'intervention, on a procédé à une analyse globale de la situation alimentaire et nutritionnelle. On est ainsi amené à constater que les interventions proposées sortent souvent des domaines de la santé et de la nutrition et peuvent comporter un large éventail d'actions. Aspect important, les décisions d'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel d'une population ont fréquemment déterminé des changements d'ordre social et politique, la connaissance scientifique étant souvent insuffisante.

Sans nul doute, une évaluation complète des facteurs concourant à l'apparition de la malnutrition dans un contexte donné avant toute étude des éléments d'intervention à retenir est essentielle au succès de mesures d'amélioration nutritionnelle. De plus, on accroît fortement les chances de réussite en faisant participer les gens concernés à l'identification et à l'analyse, à un niveau plus local, des causes de la malnutrition. Selon les situations, il pourrait s'agir, par exemple, de mettre à contribution les collectivités locales, les pouvoirs publics, les universitaires ou les chercheurs. Ce genre d'étude à l'échelon local peut ensuite mener aux décisions à prendre en ce qui concerne la nature des interventions et les stratégies de changement.

Si l'analyse est effectuée au niveau communautaire, il sera nécessaire de dégager les mesures dont la collectivité peut elle-même se charger et celles que devront prendre les autorités ou des secteurs précis. Le besoin d'un diagnostic communautaire du phénomène de la malnutrition se fait cruellement sentir et c'est là un domaine lacunaire dans les descriptions d'activités et la documentation spécialisée. Quelques publications exposent cependant des orientations intéressantes en analyse et en intervention communautaires dans le domaine de la malnutrition, et notamment les documents intitulés Helping Health Workers Learn (5) et Diagnostic communautaire des problèmes nutritionnels de C. de Swemer (6). On aura aussi grand intérêt à lire les documents d'éducation des adultes et de recherche participative sur l'identification et l'analyse de problèmes dans un cadre communautaire et les documents du domaine de l'agriculture sur les méthodes d'évaluation rapide des situations rurales.

Il peut être important de se reporter à l'expérience de groupes qui ont mené des activités en nutrition fondées sur la participation communautaire et une analyse locale de la situation alimentaire et nutritionnelle. L'incidence de ces activités sur l'état sanitaire et nutritionnel et les modes de participation de la collectivité à l'identification et à la réalisation des interventions sont deux aspects que l'on devrait mieux étudier. Le défi pourrait consister à cet égard à promouvoir la collaboration entre ONG et programmes publics et à faire reconnaître plus largement les expériences et les résultats de ces groupes.

On peut favoriser l'analyse, la planification et les interventions locales, mais cela ne doit pas nous empêcher de voir les limites d'une démarche locale en matière de lutte contre la malnutrition. Ce serait commettre une erreur que de reporter la responsabilité de cette lutte sur les

gens qui peuvent être tout simplement incapables de changer la situation à cause de leur manque d'influence politique ou d'autorité sur les programmes pratiques mis en route. Il faudra sans doute aussi une planification depuis le sommet, une analyse et une modification des politiques susceptibles d'influer sur l'état sanitaire et nutritionnel de la population (on peut songer, par exemple, aux prix à la consommation, à la propriété foncière, aux politiques agricoles relatives à l'utilisation du sol ou aux politiques de migration et de main-d'œuvre) et une participation des gens qui, par les fonctions qu'ils exercent, peuvent influencer la prise de décision en matière nutritionnelle (universitaires, planificateurs et travailleurs des services de santé, agronomes, économistes, etc.).

### III. Façons de créer une orientation en nutrition dans la Division des sciences de la santé

C'est sur la toile de fond que nous venons de présenter que l'on doit examiner les orientations possibles pour les activités de la DSSa dans le domaine de la nutrition. Le défi que doit relever la DSSa (et en fait tout le Centre) est de dépasser le stade de l'identification des nombreuses lacunes qu'accusent nos connaissances pour aborder celui de l'élaboration de stratégies et de démarches qui devraient, à notre avis, avoir une certaine incidence sur l'état nutritionnel. Étant donné l'ampleur du problème de la malnutrition dans le monde et les difficultés réelles auxquelles se heurte quiconque tente de lutter contre ce phénomène, il sera nécessaire de se donner des visées réalistes dans les travaux de recherche que financera le CRDI si on désire que les activités aient des effets sur la malnutrition.

Dans bien des cas, il faudra sans doute beaucoup plus que de la recherche ou des travaux dans les domaines de l'agriculture et de la santé pour améliorer la nutrition d'une manière appréciable. En réalité, on constatera peut-être que ce sont les changements apportés aux régimes sociaux, économiques et politiques (réforme agraire, subventions à l'alimentation, amélioration de l'approvisionnement en eau, création de revenus, etc.) qui auront l'incidence la plus marquée sur l'état nutritionnel.

Ainsi, on continue à se demander ce que la DSSa peut faire pour apporter une contribution importante à la lutte contre la malnutrition? Comment peut-on le mieux affecter nos ressources à la recherche en nutrition?

Dans le mode «projets» d'aide à la recherche, les possibilités suivantes s'offrent notamment :

- a) Comme par le passé, on peut continuer à financer des projets en nutrition «au cas par cas» au gré de la présentation de propositions et selon les sujets choisis par les chercheurs eux-mêmes et le cadre conceptuel et méthodologique qu'ils suggèrent. Une telle manière de procéder peut ne pas beaucoup contribuer au renforcement d'un thème ou d'un réseau de chercheurs, mais elle peut fort bien convenir au contexte local et bien cadrer avec les activités d'un institut ou d'un programme de recherche.

Si on s'engage dans cette voie, on doit toutefois se contenter d'une incidence restreinte des travaux de recherche. En essayant de tout faire en même temps, nous pourrions découvrir un jour que nous avons très peu fait.

On trouvera à l'annexe 1 un bilan de l'aide accordée par la DSSa depuis 1971 à la recherche en nutrition.

- b) La DSSa peut adopter une orientation plus prospective et financer exclusivement les projets proposés se rattachant aux sujets de recherche prioritaires du CRDI ou à des groupes cibles choisis. Une telle orientation est avantageuse, car il devient possible de mettre en route un programme fort et bien orienté dans un seul domaine. On peut cependant craindre que l'on considère cette manière de procéder comme peu respectueuse des besoins et des priorités locaux et qu'on y voie une tentative de retirer aux chercheurs, au profit des organismes donateurs, le pouvoir de fixer les objectifs de la recherche.
- c) La DSSa pourrait continuer à financer des projets en nutrition au cas par cas, tout en veillant consciemment et systématiquement à ce que les propositions tiennent compte des éléments suivants : (1) façon pluridisciplinaire d'aborder les problèmes et utilisation de l'éventail correspondant de compétences techniques appropriées; (2) recherche orientée vers l'action et qui dépasse l'étape des constatations pour stimuler et même assumer, s'il y a lieu, la réalisation de programmes d'intervention; (3) recherche effectuée dans un cadre communautaire le cas échéant avec une participation des représentants de la collectivité aux travaux.

La recherche nutritionnelle entreprise dans un cadre communautaire commencerait par un examen attentif des problèmes par la collectivité et une étude collective du comment et du pourquoi des problèmes de malnutrition. Dans ce cas, il faut une connaissance approfondie des coutumes et des croyances locales, des disponibilités alimentaires et des forces du marché, des services sanitaires et des problèmes de santé et du cadre socio-économique et politique.

Grâce à une telle démarche, on peut prévoir que les recherches menées et les solutions proposées épouseront mieux les problèmes d'alimentation et de nutrition auxquels font face les collectivités. Si on veut employer avec succès cette orientation en recherche appliquée dans le domaine de la nutrition, on devra reconnaître certaines de ses limites et trouver des solutions. Voici quelques-uns de ces aspects négatifs : horizon restreint des chercheurs à cause d'une vue étroite, encore très répandue, de la nutrition et des recherches nécessaires à la lutte contre ce phénomène; manque d'échanges entre artisans des diverses disciplines intéressées dans un cadre universitaire et non universitaire; absence d'une orientation communautaire chez la plupart des nutritionnistes et des chercheurs s'occupant de problèmes d'alimentation et de nutrition; connaissances insuffisantes des chercheurs en nutrition en ce qui concerne l'identification des problèmes de nutrition et l'éventail des



- 7 -

possibilités de recherche qui s'offrent.

On trouvera à l'annexe 2 une liste de domaines proposés d'aide de la DSSa à la recherche en nutrition.

Compte tenu de la complexité et de l'ampleur des problèmes de nutrition et de l'absence d'infrastructures de recherche dans beaucoup de pays, nous pensons que le seul mode «projets» d'aide à la recherche (comme dans le passé) ne peut constituer une réponse satisfaisante du Centre à la question de la malnutrition et ne peut sûrement être considéré comme une stratégie en bonne et due forme dans ce domaine. Si la DSSa (et encore une fois tout le Centre) espère façonner et nourrir une véritable orientation «nutrition», il faudra aller au-delà de la réaction à une demande réelle se manifestant sous la forme de bonnes propositions pour jeter les bases nécessaires à une intervention sérieuse en matière de lutte contre la malnutrition. On devra à cette fin mettre notamment l'accent sur les aspects suivants : promotion d'un changement d'attitude concernant les interventions nutritionnelles et les activités entreprises dans ce secteur dans un cadre communautaire; perfectionnement des compétences en recherche; renforcement des instituts de recherche en alimentation et en nutrition; soutien par le CRDI (par des ressources aussi bien financières qu'humaines) d'un mode d'aide novateur en ce qui concerne les activités relatives à la nutrition.

Voici quelques-unes des voies où pourrait s'engager la DSSa si elle désire renforcer son orientation en recherche nutritionnelle :

- a) Elle devrait promouvoir et appuyer les activités de recherche visant à créer des réseaux de projets complémentaires. De telles activités pourraient fort bien prendre la forme de projets mixtes interprogrammes ou interdivisionnaires.
- b) Elle peut chercher à s'assurer la collaboration d'autres organismes s'occupant d'amélioration de l'état nutritionnel de manière à ménager des apports complémentaires aux programmes de développement.
- c) Elle devrait encourager l'élaboration de plans stratégiques d'aide à la recherche en nutrition pour chacune des régions où s'exerce l'activité du CRDI. Au gré de leur mise au point, ces plans devraient faire l'objet de toute l'attention et le soutien nécessaires. On peut s'attendre à ce que d'autres divisions apportent leur contribution dans le cadre de ces plans et que l'on doive trouver des ressources tant financières qu'humaines qui dépassent les affectations divisionnaires actuelles. La mise au point de stratégies régionales pourrait aussi inciter les gens à changer la façon dont la DSSa a jusqu'ici prêté son appui à la recherche. En dehors du financement de projets, on pourrait considérer comme hautement prioritaires des activités comme l'organisation d'ateliers ou encore le soutien de présentations de propositions novatrices (par exemple, projets 3-P-86-0073 de recherche appliquée sur la nutrition au Kenya et 3-P-87-0269 de petites subventions de recherche CRDI-CMS sur les services de santé en Afrique).

L'élaboration de stratégies de solution de problèmes régionaux d'alimentation et de nutrition est déjà en cours au ERACO et au ERASU. Au ERACO, M<sup>me</sup> de Sweemer a rédigé un document de travail sur les questions d'alimentation et de nutrition dans la région (copie du document est présentée à l'annexe 3) où elle propose d'organiser un certain nombre d'ateliers de formation et de créer un réseau de recherche en nutrition. Au ERASU, R. Young (DSSAN) et S. Mowat (DSSo) s'intéressent depuis longtemps à tout ce qui est soutien interdivisionnaire de la recherche en nutrition et se sont faits les promoteurs du projet de création d'une orientation en nutrition pour la région. On prévoit qu'ils présenteront bientôt une proposition de projet sur deux ans dans ce domaine, que l'on financerait en puisant dans la réserve du Centre. L'annexe 4 donne aux pages 4 et 5 un aperçu de la proposition. En voici les principaux éléments : participation d'un conseiller supérieur en nutrition qui aiderait l'administrateur de programme principal à mettre au point le programme régional dans ce domaine; présence d'un nutritionniste qui prêterait son concours à l'élaboration du programme et à la réalisation d'études de courte durée portant sur l'identification des problèmes et les activités des ONG; examen des facteurs déterminant le succès des interventions nutritionnelles; ateliers régionaux consacrés à des sujets particuliers.

- d) Appui au développement des capacités de réalisation de recherches pluridisciplinaires dans le domaine de la nutrition selon les besoins prioritaires à satisfaire, les chercheurs du Tiers-Monde étant souvent isolés non seulement géographiquement, mais aussi sur le plan des disciplines. La création de capacités est particulièrement nécessaire en Afrique où les bases institutionnelles et les infrastructures de recherche sont très faibles. On devra prévoir des efforts soutenus et prolongés sur un grand nombre d'années. A cet égard, il pourrait être utile d'évaluer par région la capacité des instituts de faire de la recherche en nutrition. Les auteurs de l'étude pourraient faire l'inventaire des instituts de recherche et de formation en nutrition et recueillir des renseignements sur les cours offerts, le personnel spécialisé et ses domaines de compétence, le matériel de recherche et les bibliothèques et procéder à une évaluation des ressources pluridisciplinaires des instituts en place.
- e) Il faudra former des chercheurs en nutrition pour divers sujets. Comme l'expose M<sup>me</sup> de Sweemer dans son projet de communication sur l'alimentation et la nutrition au ERACO, il faudra sans doute s'attacher aux aspects suivants dans la formation de chercheurs vraiment compétents en nutrition : principes de l'épidémiologie nutritionnelle; évaluation de l'état nutritionnel; méthodes d'intervention communautaire pour les différentes carences en éléments nutritifs; analyse et interprétation des données sur la nutrition.

Il faudra aussi prévoir une promotion de l'adoption d'attitudes ou de l'acquisition de compétences pouvant permettre aux nutritionnistes de se livrer à des études pluridisciplinaires ou à des travaux de recherche

dans un cadre communautaire. Grâce à une aide à la formation par des bourses d'études ou de préférence une série d'ateliers, on pourrait faire beaucoup pour améliorer les capacités de recherche en nutrition.

- f) On pourrait favoriser la création de bourses ou de prix visant à récompenser les efforts créateurs et originaux de jeunes universitaires en recherche appliquée dans le domaine de la nutrition.
- g) Une aide à la publication par le CROI d'un guide destiné aux chercheurs et aux travailleurs des soins de santé primaires sur les questions de diagnostic et de gestion communautaires des problèmes de nutrition pourrait constituer une activité utile à entreprendre avec la collaboration de la Division des communications. Autant que je sache, il n'existe pas de manuel de ce genre qui pourrait servir de catalyseur à la remise en question et à la transformation des attitudes des milieux de la recherche à l'égard du rôle du chercheur dans le dégagement des priorités de recherche en nutrition et le choix des méthodes de solution des problèmes qui se posent.
- h) La DSSa pourrait participer à la mise au point ou à l'adaptation de méthodes dans le secteur de l'identification de problèmes en nutrition communautaire. Sous ce rapport, il serait utile d'examiner l'expérience acquise en matière d'évaluation rapide dans le domaine nutritionnel ou rural. On devrait mettre l'accent sur les méthodes de production de données bien précises, utiles et facilement exploitables en fonction des questions de recherche étudiées.

On pourrait également mettre au point des outils plus efficaces en vue d'améliorer l'analyse et l'interprétation des données nutritionnelles et la diffusion des résultats de la recherche.

- i) La DSSa pourrait être un partenaire dans la facilitation de la mise en commun des connaissances acquises en recherche nutritionnelle et dans la constatation des lacunes où pourraient se concentrer les efforts d'étude et de recherche. A cet égard, le Groupe de travail sur la nutrition a recommandé que le CRDI finance une réunion consultative de représentants d'organismes et de scientifiques travaillant en nutrition sur le plan international en vue de l'examen de l'état actuel des orientations de la recherche dans ce domaine et de l'établissement des futurs besoins de recherche. Il pourrait aussi être utile de subventionner des initiatives nationales spécifiques visant au dégagement de problèmes prioritaires en recherche nutritionnelle et des façons de les résoudre.
- j) La DSSa peut promouvoir la collecte et l'analyse de données d'études de cas dans un cadre communautaire dans le domaine de la malnutrition. On pourrait ainsi analyser succès et échecs des diverses orientations (probablement au niveau des ONG dans bien des cas) et le CRDI pourrait apporter sa contribution sur le plan de la publication et de la diffusion de cette information.

#### IV. Recommandations

1. La DSSa devrait continuer à participer et à apporter son aide aux travaux du Groupe de travail interdivisionnaire sur la nutrition.
2. Les travaux de recherche financés par le CRDI devraient présenter les caractéristiques générales suivantes :
  - a) Promotion, s'il y a lieu, des apports communautaires par la participation des collectivités aux activités de recherche;
  - b) Tendance à l'application des connaissances acquises à la solution de problèmes concrets, activité pour laquelle on devrait élaborer des objectifs opérationnels;
  - c) Réaction à l'établissement de priorités nationales et locales fondées sur une analyse des causes multiples de la malnutrition;

d) Promotion d'une démarche pluridisciplinaire en matière d'étude des questions d'alimentation et de nutrition.

3. La DSSa devrait encourager la présentation de stratégies régionales pour une orientation «nutrition». De préférence, les plans devraient être mis au point avec le concours de collègues des autres divisions. Une fois les stratégies régionales présentées, elles devraient recevoir les appuis nécessaires à leur mise en application.
4. Il faut accroître l'aide accordée à la formation et au développement des ressources humaines en recherche nutritionnelle. On devrait considérer comme hautement prioritaire l'organisation avec l'aide du CRDI d'ateliers portant sur les divers thèmes ou problèmes de malnutrition. On devrait financer au cours des quatre prochaines années un certain nombre d'ateliers sur les sujets suivants : principes de l'épidémiologie nutritionnelle; évaluation de l'état nutritionnel; méthodes d'intervention communautaire pour les principales maladies causées par des carences nutritives; analyse et interprétation des données sur la nutrition. On devrait mettre au point des plans de formation dans les régions avec un appui appréciable (fonds et moyens logistiques pour l'organisation des ateliers) d'Ottawa.
5. La DSSa devrait participer à la conception ou à l'adaptation de méthodes permettant de dégager et d'aider à résoudre les problèmes qui se posent en nutrition communautaire. A cet égard, elle devrait soutenir la production d'une publication portant soit sur le diagnostic et la gestion communautaires des problèmes de nutrition, soit sur les méthodes d'évaluation nutritionnelle et l'interprétation des données relatives à la croissance.
6. On devrait appuyer un examen de l'expérience acquise en réalisation d'interventions nutritionnelles comportant une participation communautaire et une analyse locale de la situation alimentaire et nutritionnelle. Dans ce cas, la DSSa pourrait soutenir (i) une étude des ONG se livrant à des activités qui influent sur la nutrition ou (ii) un examen des facteurs qui favorisent ou compromettent le succès des interventions d'amélioration de l'état nutritionnel.
7. On devrait appuyer la mise en commun des connaissances acquises en recherche nutritionnelle en vue du dégagement des lacunes nécessitant études et recherches. On pourrait entreprendre entre autres les activités utiles suivantes : soutien d'une réunion consultative organisée par le CRDI et regroupant des représentants d'organismes internationaux et de services de développement et des scientifiques s'occupant de problèmes d'alimentation et de nutrition en vue d'un examen des orientations actuelles en recherche nutritionnelle et de recommandations pour l'avenir en ce qui concerne les tendances et les thèmes prioritaires dans le domaine de la recherche; financement d'initiatives nationales ou régionales spécifiques mettant l'accent sur l'identification de problèmes prioritaires de recherche en nutrition et des moyens de les résoudre;

élaboration d'un document résumant les vues d'une diversité d'organismes (milieux universitaires, ONG, organismes d'aide multilatérale ou bilatérale) qui se livrent à des activités nutritionnelles ou à des recherches en nutrition au sujet des besoins de recherche prioritaires dans ce domaine.

8. On devrait appuyer une étude des capacités de recherche en nutrition. Pour faciliter l'exercice, on devrait en confier la réalisation aux régions et prévoir une participation active des chercheurs locaux. On devrait dresser l'inventaire des instituts de recherche et de formation en nutrition, recueillir des renseignements sur les cours offerts, le personnel spécialisé et ses domaines de compétence, le matériel de recherche et les bibliothèques et procéder à une évaluation des ressources pluridisciplinaires des instituts en place.

#### RÉFÉRENCES

1. Austin, J.E. et Zeitlin, M.F., «Nutrition Interventions: A Conceptual Framework, dans Nutrition Intervention in Developing Countries: An Overview, p. 5 à 14, éd. J.E. Austin et M.F.. Zeitlin, Cambridge: Oelgeschlager, Gunn and Hain, 1981.
2. Pinstrup-Anderson, P., «Macroeconomic Adjustments and Human Nutrition, Food Policy, 13 (1988): 37 à 46.
3. Field, J.O., Multisectoral Nutrition Planning: A Post-Mortem, Food Policy, 12 (1987): 15 à 28.
4. Berg, A., «Rejoinder: Nutrition Planning is Alive and Well, Thank you, Food Policy, 12 (1987): 365 à 375.
5. Werner, D. et Bower, B., Helping Health Workers Learn, Palo Alto, Hesperian Foundation, 1982.
6. De Smeester, C., «Community Diagnosis of Nutritional Problems», Contact Special Series, 4 (avril 1987): 47 à 50.



**Aide de la Division des sciences  
de la santé à la recherche en nutrition**

Pour cerner la nature de l'aide apportée par la DSSa à la recherche en nutrition, nous nous sommes attachés à l'appui prêté à ce secteur par la division depuis 1971. Grâce à une recherche dans la base de données SINP à l'aide d'un certain nombre de descripteurs et à un examen manuel de la liste de tous les projets financés par la DSSa, nous avons pu dresser l'inventaire des projets soutenus dans ce secteur. On pourra se procurer sur demande la liste complète de ces projets par région, accompagnée d'une brève description de chacune des activités.

De 1971 à 1986-1987, la DSSa a apporté son aide à 53 projets en nutrition au total. Les affectations à ces projets se sont élevées à 7 173 930 \$ CAD, soit 9 % des affectations totales destinées à la DSSa pendant la même période. Le tableau 1 indique les fonds affectés aux projets et le nombre de ceux-ci par année financière, ainsi que les affectations de la DSSa par année financière et la proportion de ces affectations consacrée aux projets en nutrition pendant les années financières en cause.

**Tableau 1 : Affectations de la DSSa par année financière**

A des projets en nutrition				A l'ensemble des projets de la Division			
année financière	montant	nombre		montant	nombre	†*	
1971-1972	0	0		833 000	INC**	INC	1972-1973
	0	0	1 821 000	INC		INC	1973-1974
322 492	1	3 404 000	INC		INC		1974-1975
0	3 661 000	INC		INC		0	0
4 996 000	INC	INC	1976-1977		0	0	4 070 000
INC	INC	1977-1978	432 000	1	3 824 000	35	
11 1978-1979		28 810	1	4 045 000	27	1	
1979-1980	232 310	3	3 291 000	26		7	1980-1981
755 855	5	3 739 000	38	20		1981-1982	987
230	5	6 010 000	37	16		1982-1983	0
0	5 801 000	29	0	1983-1984	1 616 540	18	8
356 000	62	19	1984-1985	1 261 079	8	8 006 000	
58	16	1985-1986	1 053 879	4	8 740 000	60	
12	1986-1987	483 735	7	10 421 000	72	5	
	7 173 930	53	81 018 000	INC	INC		

\* Cette colonne présente la proportion des affectations totales de la DSSa consacrée à des projets en nutrition.

\*\* INC : nous ne disposons pas de données sur cet élément (dans le cadre de ce rapport).

Le tableau 2 présente les affectations accordées et le nombre de projets financés par région entre 1971 et la fin de l'année financière 1986-1987.

Tableau 2 : Nombre de projets en nutrition et affectations  
à ces projets par région

Bureau régional	Montant	Nombre
BRASI	1 084 673	12
BRAFO	528 761	5
BRALA	2 538 644	19
BREMD	603 760	4
BRASU	422 930	4
BRACO	1 475 252	7
Total partiel	6 654 020	51
Ensemble des régions	519 910	2
Total	7 173 930	53

Les projets se sont concentrés dans une très large mesure dans la région du BRALA (19 projets au total) et le BRASI a suivi avec un nombre relativement élevé de projets, soit 12; ces chiffres correspondent aux tendances générales à la DSSa en ce qui concerne l'aide aux diverses régions. Le nombre de projets subventionnés dans l'ensemble des autres régions est plutôt bas. Les raisons devraient en être examinées plus avant. On pourrait peut-être évoquer entre autres les facteurs suivants : absence de représentants régionaux qui diminue la capacité de la division d'identifier les chercheurs et de stimuler le développement et la présentation de propositions; faiblesse des infrastructures de recherche (surtout au BRACO et au BRAFO) rendant difficile la présentation de propositions de recherche; manque de priorités divisionnaires bien établies en fonction des régions où les besoins sont les plus grands; dans le cas du BRASU, création relativement récente du bureau régional. On notera également que, pour l'ensemble des régions, beaucoup de pays n'ont bénéficié d'aucune aide en recherche nutritionnelle. Encore une fois, il serait bon d'examiner les raisons de cette situation.

Sur les 53 projets financés par la DSSa, 3 ont été réalisés conjointement avec d'autres divisions, comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3 : Financement par la division de projets mixtes  
en nutrition

Division Nbre de projets financés par la DSSa	Sciences sociales	SAAN	SI	Coop	Comm
	2	—	—	1	—
Nos des projets	3-P-84-0049 3-P-85-0269	—	—	3-P-86-1035	—

On ne peut que s'étonner de cette absence apparente de collaboration si on tient compte de la volonté du Centre de donner un caractère interdivisionnaire à la recherche portant sur les problèmes de nutrition. Il faudrait toutefois vraiment scruter les raisons de cette situation avant de tirer des conclusions. Ainsi, les activités de collaboration évoquées ne visent que les projets réalisés en cofinancement et ne nous disent pas s'il y a eu collaboration aux divers stades de l'élaboration ou de la réalisation des projets, ni l'importance des activités pluridisciplinaires sur le terrain.

Les projets en nutrition financés par la DSSa embrassent toute une diversité de sujets. Les divers projets ont été rattachés aux différents sujets de recherche pour que l'on puisse voir où la DSSa avait mis l'accent dans l'octroi de ses fonds de recherche. Pour cet exercice, on s'est reporté uniquement aux résumés de projet et on pourrait, par conséquent, ne pas donner une juste idée des orientations des recherches qui ont été menées en réalité. Là où les recherches proposées portaient sur plusieurs sujets, on a rattaché le projet au sujet qui nous paraissait prédominant. Le tableau 4 présenté à la page suivante résume les constatations.

Il serait trop long d'analyser les données en détail, mais on peut dire que la DSSa a financé des travaux portant sur une vaste gamme de sujets dans le domaine de la nutrition. Des fonds de recherche ont été affectés en particulier à des projets portant sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (14 projets sur 53, soit 26 %); un seul de ces projets avait pour cadre l'Afrique. Pour la plupart, les projets portaient sur un ou plusieurs des aspects suivants : promotion de l'allaitement maternel; encouragement de pratiques de sevrage appropriées; évaluation nutritionnelle.

On a financé deux projets ayant pour objet les liens entre nutrition et infection. Dans ces projets, on a mis notamment l'accent sur les aspects suivants : effets de l'état nutritionnel sur l'incidence ou la durée de l'infection.

Quelques études ont porté sur chacune des grandes formes de malnutrition, l'accent étant mis tour à tour par les chercheurs sur les études visant à établir l'importance et l'étendue de la prévalence de la forme de malnutrition en question, l'examen des facteurs de risque liés au phénomène ou les recherches destinées à la conception et à l'évaluation de programmes de prévention ou de lutte.

Les travaux de recherche dans le secteur de la nutrition maternelle se sont attachés aux effets métaboliques de l'emploi de contraceptifs buccaux sur la lactation, les liens entre celle-ci et l'aménorrhée puerpérale et la détermination de la qualité et de la quantité de lait maternel. On notera avec intérêt qu'aucune étude n'a été financée sur les effets de l'alimentation complémentaire (ou de l'état nutritionnel de la mère) sur les résultats de la grossesse.

On a très peu appuyé d'études ayant pour objet les divers aspects des politiques et de la planification en nutrition. On a également peu fait en formation et en développement des ressources humaines dans le domaine de la recherche en nutrition. Pour bien vérifier cette affirmation, il serait nécessaire de voir quels PPD ont été financés au cours des années et quelle aide a apportée la DB à des activités de formation en nutrition.

Il convient également de noter que, bien que beaucoup de ces études aient présenté une orientation communautaire, il y a eu rarement participation des collectivités aux activités de recherche. Il semblerait enfin que la plupart des projets se caractérisent par une orientation disciplinaire étroite.

Outre l'appui accordé aux projets intéressant directement le domaine de la nutrition, la DSSa a apporté une aide importante à des projets qui portaient sur des sujets ayant une incidence sur l'état nutritionnel, qu'il s'agisse d'approvisionnement en eau et de services d'hygiène, de renforcement de services de soins de santé primaires ou de programmes d'immunisation.

## Domaines proposés d'aide de la DSSa à la recherche en nutrition

Dans cette section, nous proposerons des sujets pour les fonds octroyés par la DSSa à la recherche en nutrition. L'énumération des sujets embrasse un large éventail d'activités, dans lequel on retrouve une partie (mais sûrement pas la totalité) des besoins non satisfaits en recherche nutritionnelle au service du développement, comme nous l'indique un bref examen des sources où sont dégagées des priorités de recherche dans ce même domaine (documents des Nations Unies, articles publiés dans les revues et autres documents portant sur l'alimentation et la nutrition, milieux de recherche et réseau d'intervenants sur le terrain, etc.). Ces sujets intéressent principalement les questions primordiales suivantes d'alimentation et de nutrition qui déterminent l'état nutritionnel :

(i) grandes carences en éléments nutritifs qui demeurent d'importants problèmes de santé publique dans un grand nombre de régions en développement du globe (malnutrition protéines-énergie, anémies par carence nutritionnelle, carences en vitamine A ou en iode);

(ii) passage des productions vivrières des cultures de subsistance ou d'autoconsommation aux cultures commerciales;

(iii) absence de politiques ou de plans officiels en nutrition ou manque d'analyse de ces politiques et plans;

(iv) absence de services de base en éducation et en soins de santé primaires pour les pauvres en ce qui concerne les questions de santé et de nutrition;

(v) situations de crise écologique (sécheresses, inondations, etc.);

(vi) migration croissante campagne-ville avec ses conséquences négatives sur la santé et la nutrition, la production vivrière par habitant ayant tendance à diminuer et les migrants adoptant de nouvelles habitudes de consommation alimentaire;

(vii) diminution de la durée de l'allaitement maternel et consommation d'aliments de sevrage insuffisants.

Dans l'optique de la réorganisation récente de la DSSa en trois nouveaux secteurs de programme, on a tenté de rattacher les sujets de recherche (sans les ranger par ordre de priorité) aux programmes appropriés. Toutefois, selon l'orientation des diverses propositions de recherche, un même sujet pourrait tomber dans un autre secteur de programme ou une autre division.

A cause des éléments de chevauchement inévitables entre les secteurs de programme de la DSSa et de la nature multicausale de la malnutrition, l'étude d'un grand nombre de sujets de recherche bénéficierait de l'intervention de compétences de secteurs autres que le secteur indiqué sur la liste ou encore d'une collaboration d'autres divisions. Les sujets énumérés sont suivis d'une mention entre parenthèses d'autres programmes ou divisions qui pourraient

intervenir utilement à un stade quelconque des travaux. On peut affirmer sans contredit que la recherche en nutrition déborde les délimitations de programmes et de divisions et offre d'innombrables possibilités de collaboration pluridisciplinaire tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la DSSa.

#### A. Santé et collectivité

- Nutrition maternelle (par exemple, protection et promotion de l'allaitement maternel et effets de l'alimentation complémentaire pendant la grossesse et la lactation sur les résultats de la grossesse).
- Nutrition du nourrisson et du jeune enfant (par exemple, études CAP (connaissances, attitudes et politiques) en ce qui concerne l'allaitement maternel, l'alimentation juvénio-infantile et les aliments de sevrage).
- Conception de méthodes «non envahissantes» et commodités d'évaluation et de surveillance précises et économiques de la nutrition (RSS).
- Études de prévalence avant la mise au point d'interventions de prévention et de lutte concernant des carences nutritionnelles déterminées.
- Études portant sur l'incidence des facteurs socio-culturels et environnementaux sur les tendances de la consommation alimentaire (Santé et environnement).
- Effets de la malnutrition sur les capacités et le rendement au travail.
- Examen des aliments traditionnels consommés et de leur contribution à l'assimilation d'éléments nutritifs, ainsi que des méthodes de transformation des aliments (Santé et environnement, DSAAN).
- Éducation en nutrition du public et des travailleurs de la santé, y compris la mise au point et l'essai de méthodes et d'outils d'éducation efficaces et appropriées d'un point de vue culturel (RSS, DSSo, COM).
- Examen des habitudes alimentaires et de l'état nutritionnel des nouveaux groupes à risque élevé qui font leur apparition dans beaucoup de pays (personnes âgées, jeunes, chômeurs, hommes célibataires et femmes célibataires vivant en marge de la société).
- Recherche au sujet de l'incidence sur l'état nutritionnel de facteurs comme les tendances culturelles, l'emploi du temps de la femme, les projets créateurs de revenus et les nouvelles technologies (DSAAN, FED).
- Recherche visant à définir les caractéristiques nutritionnelles de la population à l'étude (nature, ampleur et causes de la malnutrition) avant l'organisation d'interventions (Santé et environnement).
- Études portant sur les effets de la migration campagne-ville et des déplacements de réfugiés sur les comportements et l'état nutritionnel (RSS, DSSo).
- Études de la répartition des aliments dans le ménage et des effets de celle-ci sur l'état nutritionnel (FED, DSSo).

- Études des relations entre les habitudes alimentaires et des maladies non transmissibles comme l'hypertension, les maladies coronariennes et le diabète sucré (Santé et environnement).

#### B. Santé et environnement

- Recherche sur les facteurs de toxicité alimentaire (DSAAN).
- Effets nutritionnels des variations saisonnières de disponibilités alimentaires (Santé et collectivité).
- Effets nutritionnels des techniques de préparation et de transformation des aliments (DSAAN).
- Systèmes d'entreposage alimentaire des ménages et des collectivités (DSAAN, SEE-STG).
- Protection du consommateur et qualité des aliments (recherche sur les aliments vendus par des marchands ambulants, aspects sanitaires de leur préparation et de leur distribution, qualité nutritionnelle, abordabilité, etc.) (Santé et collectivité, DSAAN, DSSo, FED).
- Liens entre la malnutrition et l'infection (Santé et collectivité).

C. Recherche sur les systèmes de santé

- Évaluation de la formation et du développement des ressources humaines en recherche dans le domaine de la nutrition (Santé et collectivité, DB).
- Effets des politiques et des pratiques agricoles sur les disponibilités alimentaires (DSAAN, FED).
- Recherche en politiques portant sur l'alimentation, la nutrition et le développement (Santé et collectivité, DSSo, DSAAN).
- Évaluations d'interventions en nutrition, et notamment des programmes d'éducation et de soins de santé primaires, ainsi que des conséquences non voulues d'autres interventions de développement ayant pour objet l'état nutritionnel (par exemple, comparaisons de l'incidence biologique et de la faisabilité des interventions dans diverses circonstances socio-économiques, renforcement de la prestation de services de nutrition à l'aide des programmes de soins de santé primaires) (Santé et collectivité).
- Recherche opérationnelle en vue de la planification, de la réalisation, de la surveillance et de l'évaluation des programmes de nutrition (par exemple, régimes de travail rétribué en vivres, alimentation à l'école, alimentation des réfugiés, plans d'alimentation complémentaire ou fortifiante en vue de la correction de carences nutritionnelles (Santé et collectivité)).



Tous les administrateurs de  
programme du BRACO

26/01/1988

Cécile De Sweemer

HS/CS/052/88/nd

Projet de communication sur l'alimentation et la nutrition au BRACO

Vous trouverez ci-joint un projet de note sur l'alimentation et la nutrition au BRACO. Ce premier jet vise à vous livrer en vrac mes idées du point de vue nécessairement limité où je me place.

J'ai vivement conscience que les contributions de la DSAAN ne se font pas aussi nettes qu'elles pourraient l'être.

Veuillez commenter, reformuler ou y aller de votre propre exposé, car j'espère très vivement que nous pourrons examiner un dernier projet en avril et nous préparer à mettre en route au BRACO les mécanismes administratifs sur lesquels nous devons nous appuyer.

c.c. Pierre Sané  
Jenny Cervinskis

Océile De Swemer

HS/CS/051/88/nd

Alimentation et nutrition du point de vue de  
l'Afrique occidentale et centrale

Nous avons pris connaissance de ce que l'on propose comme orientation en nutrition et voudrions tenter à tout le moins d'exposer le point de vue de la région. Seul le temps nous permettra de juger des deux facteurs suivants :

1. quelles capacités de recherche existeront dans la région ou pourront être créées à partir de la multiplicité de disciplines concernées;
2. quelle stimulation peut venir d'une collaboration interdivisionnaire DE/DSAN/DSSa (devant faire l'objet d'une décision provisoire en avril) et quelle sera l'importance des efforts de la seule DSSa.

Questions d'alimentation et de nutrition dans la région du ERACO

On n'a pas fait dans la région une étude qui permettrait de porter un jugement d'ensemble sur les projets nutritionnels qui se posent à l'heure actuelle. On connaît toutefois les grandes lignes :

- les problèmes nutritionnels se présentent sous la forme et d'une malnutrition chronique (état endémique) et de famines (état épidémique);
- la malnutrition chronique sévit surtout chez les enfants et les femmes et se manifeste par quatre grandes carences : malnutrition protéines-calories, anémie et, dans des systèmes écologiques particuliers, goitre endémique et carence en vitamine A, pour lesquels nous connaissons les stratégies de lutte à employer, qui demeurent largement inappliquées (annexe 1);
- la crise agricole et écologique et les migrations campagne-ville diminuent continuellement la production vivrière par habitant, ce qui aggrave les déficits caloriques chez les pauvres des régions urbaines;
- la crise économique urbaine (particulièrement prononcée au Nigeria et au Zaïre) veut dire que les apports caloriques traditionnels deviennent inaccessibles à cause du jeu des prix. C'est ainsi que se transforment les habitudes alimentaires, l'accent étant mis presque exclusivement sur le riz ou le pain blancs. On constate maintenant les atteintes du kwashiorkor chez les hommes et les femmes d'âge adulte au Zaïre et on peut prévoir que le béribéri à carence protéique et les affections par carence de vitamine B2 ou C se propageront partout en Afrique occidentale et centrale dans les populations marginales sans égard à l'âge ni au sexe.

Avant 1980, on pouvait estimer sans trop se tromper à environ 30 % la proportion des enfants de la région souffrant de malnutrition surtout à cause de problèmes de répartition alimentaire intrafamiliale et de l'ignorance des questions nutritionnelles, mais il s'agit maintenant d'un pourcentage non déterminé (supérieur toutefois à 30 %) d'enfants mal nourris en grande partie à cause d'une non-disponibilité purement économique de produits alimentaires.

### Programme de recherche appliquée

Le programme de recherche dicté par notre compréhension des problèmes comme ils se posent à l'actuelle actuelle devrait présenter de l'intérêt pour plusieurs divisions du CRDI.

#### 1. Diagnostic communautaire (DSSa avec DSSo et COMM)

Nous avons besoin d'un diagnostic nous permettant de déterminer qui souffre de malnutrition, de quel genre de malnutrition il s'agit, quelle perception les gens ont du «problème» et quelles sont les causes que l'on peut discerner au niveau des ménages, des villages et du pays.

On devrait recourir dans la mesure du possible à la recherche participative (voir à l'annexe 2 mon document sur le diagnostic communautaire des problèmes nutritionnels).

On doit s'employer tout particulièrement à s'attacher à de nouveaux types de problèmes (affections chez les adultes par carence vitaminique B1, B2 ou C ou par carence protéique), ainsi qu'à de nouveaux groupes à risque élevé comme les personnes âgées (dont plus de 16 % vivent seules au Nigeria et au Zaïre), les jeunes gens de sexe masculin célibataires et chômeurs dans les villes, les femmes célibataires, veuves ou divorcées vivant en marge de la société et gagnant leur vie en mendiant ou comme domestiques ou encore comme prostituées à l'occasion.

Ces études devront déborder le simple cadre épidémiologique pour s'intéresser aux causes perçues et aux solutions que la collectivité peut appliquer. Les résultats des travaux de recherche seraient d'abord appliqués localement, mais seraient aussi largement diffusés dans le public.

#### 2. Recherche en politiques nutritionnelles (DSAAM, DSSo et COMM)

La plupart des pays de la région n'ont pas de politique ni de plan officiel en nutrition. L'accès au sol (à une distance raisonnable des villages), à l'eau, aux instruments aratoires et aux produits d'entrée en agriculture, aux connaissances sur les nouvelles techniques et au crédit et l'existence de politiques raisonnables de fixation de prix et de mécanismes de commercialisation et de distribution sont nécessaires à la production agricole, mais ne suffisent pas à garantir que la production sera consommée au niveau local ou se traduira par des achats de produits alimentaires.

On devra sans doute entreprendre plus d'études consistant en une analyse critique des économies agricoles de pays et de divisions administratives. La crise de l'agriculture est répandue et profonde et peu susceptible de réagir à un traitement technologique établi d'avance sans que s'opèrent au préalable de grandes transformations sur le plan des politiques. Pour jouer un plus grand rôle, la recherche en politiques a besoin d'une plus grande sensibilisation des décideurs et de l'opinion publique dans les classes instruites.

### 3. Recherche-action en politiques (DSVAN, DSSo, DSI et DSSa)

Si des pays ou des organismes intergouvernementaux de la région voulaient se doter d'une politique en nutrition ou changer une des politiques qui semblent avoir une incidence sur l'état nutritionnel, il importerait d'effectuer une analyse de politiques et une évaluation d'incidence. Il pourrait s'agir d'une étude commandée à un groupement régional.

### 4. Études d'action communautaire (DSSa, DSSo et peut-être d'autres divisions)

Les collectivités qui se sont livrées à un diagnostic collectif choisiront une diversité d'activités jugées appropriées comme des interventions en éducation nutritionnelle et en vulgarisation agricole. Les activités devront faire l'objet d'une évaluation et nous devrions soutenir cet exercice.

Parfois, un groupement professionnel proposera de mettre au point un programme d'éducation nutritionnelle sans diagnostic communautaire. Nous ne devrions apporter notre aide que dans les cas où on crée des modules de connaissances nutritionnelles susceptibles d'être exploités par les collectivités.

A l'heure actuelle, les activités en nutrition sont très restreintes au ERACO :

1) 3P-086-1035-02 au Tchad : Une équipe pluridisciplinaire se propose d'étudier l'état nutritionnel dans les cueils où, grâce à la vulgarisation agricole, de nouvelles cultures maraîchères ont été introduites; l'étude vise à mesurer l'accessibilité et le coût du sol, les activités de production, de commercialisation, d'entreposage et de consommation et l'état nutritionnel des groupes exposés. Les politiques en cause sont autant traditionnelles (accès au sol) que nouvelles (production) et il y a également des initiatives locales spéciales (commercialisation, entreposage). L'état nutritionnel passe en outre par les charges fiscales officielles et non officielles, la répartition intrafamiliale et les connaissances en nutrition.

2) 3P-83-0246

Anémie nutritionnelle en République centrafricaine, projet se limitant à une étude épidémiologique descriptive.

3) 3A-87-4951 : estimation des cas d'hémoglobinopathie «non invasive» au Nigeria; ce FODAP permettra de mettre au point une technologie novatrice qui pourra servir à la réalisation de futurs projets de diagnostic communautaire.

4) Deux FODAP à l'étude permettraient :

- l'élaboration d'un protocole de recherche pour un projet en République du Congo consistant essentiellement en un diagnostic communautaire (avec malheureusement une participation négligeable de la collectivité);

- analyse plus poussée avec participation de la collectivité des données du projet 3P-84-0174 sur les modes de sevrage au Mali.

En réalité, les limites gênant les activités actuelles de recherche appliquée en nutrition sont nombreuses dans la région :

1. Très peu de nutritionnistes disposant d'une véritable capacité de recherche sont actifs dans la région. En ce qui concerne le Mali, le Congo et le Tchad, j'ai découvert qu'un ou plusieurs des aspects suivants n'étaient pas réellement compris :

- principes de l'épidémiologie nutritionnelle;
- principes de l'évaluation nutritionnelle;
- principes de l'adoption de politiques nutritionnelles;
- méthodes d'intervention communautaire pour les différents états carenciels.
- méthodes d'analyse et d'interprétation des données sur la nutrition.

2. Très peu de nutritionnistes ont une orientation «collectivité» ou «politiques» ou même comprennent réellement ce dont on a besoin (lacune des plus frappantes au Mali et au Congo).

3. Il n'y a pas d'appui politique immédiat à ce type de recherche sur une situation qui se révèle embarrassante sur les plans politique et socio-culturel (quoiqu'un peu moins que le SIDA).

4. Les recherches solides en nutrition ne sont pas appuyées d'emblée par les milieux donateurs.

Nous devrions dans nos activités essayer de réagir aux besoins et, par conséquent, d'aller dans cette situation difficile au-delà de la demande réelle se manifestant par des propositions raisonnablement bien faites.

Nous nous devons en premier lieu d'établir sur de meilleures bases les initiatives qui ont été ou sont prises; nous proposons donc l'organisation d'un certain nombre d'ateliers et la création d'un réseau de recherche en nutrition;

- faire participer tous les bénéficiaires actuels et passés qui s'intéressent à la nutrition à un atelier (ou plusieurs au besoin) sur l'information et l'utilisation de logiciels d'application générale comme Lotus 1-2-3 ou le SPSS;
- faire participer ces mêmes personnes à des ateliers sur l'emploi de logiciels CDC à des fins d'analyse anthropométrique;
- utiliser les données existantes au Mali et au Bénin ou qui sont recueillies au Tchad pour mettre au point un protocole analytique relatif à la consommation alimentaire dirigée chez les nourrissons et les jeunes enfants;
- encourager la mise en place par tous les intéressés d'un réseau d'échange des expériences faites en participation communautaire, en utilisation de méthodes sur le terrain et en application des éléments de solution reconnus. Il est trop tôt pour voir où devrait se trouver le point de gravité du réseau et, pour vérifier la situation et éviter les pertes, on devrait organiser un atelier à chacun des endroits utiles.

En deuxième lieu, encourager les nouvelles initiatives et enrichir les activités existantes grâce à des ateliers plus larges portant sur les causes et l'importance des 4 ou 6 déficiences dont la prévalence est la plus forte, ainsi que sur les stratégies d'intervention et les programmes de recherche.

En fait, les élites de l'Afrique occidentale et centrale dans les domaines agricole, social et biomédical ignorent l'épidémiologie, les causes et l'importance des déficiences actuelles. Leurs idées en matière de stratégies se distinguent à plus forte raison par leur caractère vague. On a demandé récemment de former un médecin en biophysique pour qu'il puisse aider à la solution des problèmes que pose le goitre endémique au Burkina Faso. Il s'agit décidément d'une solution à la sauce «haute technologie».

Par ces ateliers, nous pourrions vouloir élargir le réseau de recherche en nutrition en y incorporant de nouveaux venus. Les artisans du réseau devront aussi établir assez tôt des liens avec des organismes comme l'IERA, l'ITA, la FAO, l'UNICEF et l'OMS, qui peuvent tous jouer un rôle essentiel dans une poursuite et une expansion significatives des activités; ils devraient plus tard chercher à influencer les programmes de formation établis des facultés de médecine, d'agriculture et de sciences sociales ou d'instituts spécialisés comme le PAID ou le CESAG.

Pour les ateliers de formation organisés sur les méthodes analytiques à l'intention des bénéficiaires actuels et futurs ainsi que pour les ateliers plus généraux sur les déficiences, il faudra faire appel à la DB.

Dernier élément mais non le moindre, nous devrions chercher, peut-être en collaboration avec la FAO et (ou) la FF, à faire faire une bonne analyse en politiques de nutrition, qui pourrait être utile à des efforts de sensibilisation des décideurs nationaux et du grand public.

c.c. Pierre Sané  
Jenny Carvinskas

## DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE DE PROBLÈMES DE NUTRITION

par Cécile De Swemer

L'ampleur d'un problème de malnutrition ou même l'existence d'une famine ne sont pas chose évidente, aussi étrange que cela puisse paraître. Il faut une étude attentive de la collectivité pour établir les faits. Cette situation s'explique en partie par le fait que la malnutrition touche surtout les mères et les enfants, deux catégories de gens qui n'ont pas voix au chapitre dans la plupart des conseils ou des églises communautaires. De plus, la malnutrition est souvent méconnue par les membres d'une collectivité, qui peuvent y voir une faiblesse naturelle ou une maladie surnaturelle.

De même, dans le cas de la famine, les premières victimes sont les genres qui vivent en marge, les pauvres chez qui la malnutrition peut être considérée comme un état naturel et qui sont les moins susceptibles de se présenter devant une assemblée de chefs pour exposer leurs doléances, étant habitués à ne pas être écoutés.

Comment une collectivité ou une assemblée de fidèles peut-elle aiguïser sa sensibilité et dépister les problèmes de nutrition suffisamment tôt?

### 1. Malnutrition chronique

Les conseils donnés dans l'article portant sur la surveillance de la croissance devraient aider à mettre en place un système simple de surveillance qui indiquera non seulement quelle est la fréquence de la malnutrition chez les enfants de moins d'un an, de trois ans et de cinq ans, mais aussi si la situation s'améliore ou se détériore avec les années. Le poids à la naissance est un des signes les plus sûrs d'une malnutrition importante chez les femmes adultes. Une population bien nourrie compte moins de 5 % de cas de poids insuffisant à la naissance. Là encore, on peut suivre toute évolution à la hausse ou à la baisse de ces pourcentages à long terme et voir dans les augmentations en pourcentage un signal d'alarme.

### 2. Famine

Les famines peuvent d'ordinaire être prévues avant que les gens ne commencent à souffrir de la faim. Elles sont le résultat d'une diminution des disponibilités alimentaires ou de la capacité d'acheter les aliments disponibles à cause des prix pratiqués.

Les deux phénomènes vont souvent de pair. Ensemble, ils ont pour effet d'accroître le nombre de personnes affectées et la gravité des atteintes de la malnutrition.



Lorsqu'il y a famine, encore une fois les plus atteints sont les pauvres et, parmi ceux-ci, les femmes et les enfants. Plus la famine sévit, plus les mesures de poids et de taille chez les enfants et les adultes permettent de reconnaître les groupes qui ont le plus besoin d'une aide immédiate, ainsi que d'assurer le suivi des mesures de rétablissement. Assez souvent, les collectivités ne passent aux actes que lorsque la mort a fait, à cause de la famine, manifestement plus que sa part de victimes et que les hommes adultes commencent eux aussi à présenter les symptômes de la faim. Cette situation pourrait être totalement évitée si les collectivités exerçaient une surveillance étroite sur les poids à la naissance et la malnutrition chez les enfants et reconnaissaient qu'une augmentation des pourcentages de cas anormaux est l'indice d'une crise nutritionnelle collective exigeant une étude complète.

Une enquête de ce genre ne devrait pas être réalisée par des spécialistes isolés de la collectivité, mais devrait reposer sur des discussions au sein de la communauté auxquelles participeraient les dirigeants et, dans la mesure du possible, un nombre suffisant de représentants des femmes et des pauvres dans cette même collectivité.

#### Guide de discussion

1. Pour amorcer la démarche, l'équipe de spécialistes de la santé peut présenter un certain nombre de constatations faites sur l'état de malnutrition dans la collectivité. Le groupe pourra discuter des aspects suivants :
  - nature et gravité du problème;
  - identification des gens souffrant le plus de malnutrition;
  - identification des gens les plus exposés au danger de la malnutrition (cette question devrait être posée plusieurs fois, car personne n'aime penser à ces choses; il est toutefois important de protéger les gens vulnérables).
2. Le «chemin» alimentaire suivant (figure 1) peut servir de base à des discussions systématiques.

Sous sa forme actuelle, ce chemin demeure à un niveau très général, mais dans tout examen entrepris dans une collectivité déterminée, on peut évoquer et examiner la façon dont les choses se font en réalité. Il faut montrer le schéma de l'approvisionnement alimentaire de la collectivité pour que tous puissent le voir. Au fur et à mesure qu'il se présentera aux regards, les gens commenceront peut-être à vous indiquer des cases qui font partie de ce chemin alimentaire. Dressez-en la liste à part pour ne pas les oublier. Une fois que vous disposerez d'un chemin alimentaire complet pour la collectivité, commencez systématiquement à dégager les cases importantes et suivez les flèches.

Figure 1

accès au sol      défrichage      plantation      culture      récolte

**CHEMIN ALIMENTAIRE**

revenus      commerce de gros      transport      entreposage

consommation  
et  
établissement de budgets      commerce de détail et écoulement en magasin      cuisson      partage      utilisation

village      ville      chemin de l'argent

**CHEMIN ALIMENTAIRE**

Schéma tiré du Manual for Child Nutrition in Rural India, De Sweeney, Sangupta et Takulia, VHAJ, 1978.

1. Toutes les familles ont-elles un accès suffisant au sol? Le régime foncier est-il équitable? S'il y a rotation culturale, les cycles ont-ils tendance à raccourcir?
2. Le défrichage et le labourage du sol sont-ils faciles? Y a-t-il assez de gens pour ces activités?
3. Y a-t-il assez d'eau et d'engrais, assez de semences de haute qualité?
4. Les gens sont-ils trop malades pour travailler fort dans les champs? (malnutrition, anémie, malaria, oécité des rivières)
5. La collectivité a-t-elle des productions vivrières suffisantes pour sa propre consommation? Sinon, pourquoi?
6. La collectivité fait-elle pousser les bonnes cultures? (cultures commerciales non vivrières par rapport aux cultures alimentaires, animaux et variétés culturales choisies, potagers, équilibre entre céréales, tubercules alimentaires, légumineuses et oléagineux)

7. Y a-t-il des maladies des plantes ou des animaux ou des ravageurs qui s'attaquent aux cultures?
8. Comment se fait l'entreposage? Les ravageurs ou les intempéries font-ils beaucoup de dégâts?
9. A-t-on de la difficulté à vendre les produits cultureux? (transport, intermédiaires, marchés, prix de vente inférieurs au prix de revient, charges fiscales de l'exploitation agricole)
10. Y a-t-il des potagers? Y a-t-il des parcelles plantées de légumineuses?
11. Y a-t-il des cases pour le chemin de l'argent? (absence d'emplois, absence de travail en agriculture hors saison, budgets mal faits dans les familles, mauvais achats d'articles et de produits, charges fiscales élevées, frais de fréquentation de l'école secondaire)
12. La fréquence des naissances est-elle trop grande avec des intervalles de moins de 3 ans? Les familles ont-elles plus d'enfants qu'elles n'en veulent?
13. Y a-t-il suffisamment de combustible pour la cuisson des aliments?
14. Les enfants sont-ils allaités par leur mère jusqu'à ce qu'ils aient au moins 18 mois? Les enfants commencent-ils à consommer des aliments complémentaires quand ils atteignent l'âge de 5 mois? Les portions destinées aux enfants leur sont-elles vraiment réservées et sont-elles suffisantes? Leur donne-t-on des multipréparations équilibrées?
15. Existe-t-il des tabous alimentaires qui restreignent l'ingestion de protéines et d'aliments chez les mères ou les petits enfants?

Il suffit d'examiner ces questions pour voir que beaucoup de cases sont liées entre elles. Le schéma de la figure 2 indique comment ceci s'est concrétisé dans un programme réalisé au Pendjab. Il serait bon de déterminer pour la collectivité quelles cases sont liées et de les représenter dans un schéma en toile d'araignée. Vous êtes maintenant prêt à voir quelles cases devront faire l'objet d'une intervention de la collectivité, des pouvoirs publics ou des spécialistes ou exiger la collaboration de tous les intéressés. Il faut voir comment l'intervention peut être réalisée et quand et comment la collectivité devrait en examiner les résultats. Les programmes qui s'attaquent aux causes chroniques de la malnutrition dans une collectivité représentent également un moyen de prévention à long terme de la famine. Les programmes d'alimentation complémentaire des gens souffrant de malnutrition permettent souvent de faire traverser à ceux-ci des périodes difficiles et de sensibiliser la communauté. Mais ils ne peuvent en eux-mêmes et par eux-mêmes résoudre le problème. En fait, ils peuvent concourir à satisfaire les gens au point qu'ils perdent le désir d'affronter les problèmes.

**Figure 2**

Mauvais budget	Alcool	Ne pas nourrir l'enfant assez de fois tous les jours
Désir de prestige		Ne pas ajouter d'aliments riches en protéines ni de matières grasses à la bouillie servie à un enfant
Alimentation à la bouteille	Diarrhée	Arrêt de l'allaitement maternel pendant une grossesse

Éléments liés comme dans une toile d'araignée.

Schéma tiré de Manual for Child Nutrition in Rural India, De Swemer, Sengupta et Talukia, VHAJ, 1978.

Ainsi, avant de recourir aux compléments alimentaires et pendant la réalisation même de programmes d'alimentation complémentaire, il est nécessaire de s'attacher aux questions formulées ci-dessus sur le pourquoi et le comment de la faim et d'aider la collectivité à mettre au point des mesures correctives.

## CENTRE DE RECHERCHES POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

E. Weber  
Richard Young

le 5 janvier 1988

Nutrition : Présentation au Comité de gestion

Comme nous en avons discuté à la Nouvelle-Delhi le mois dernier, je vous communique certaines vues qui pourraient être incorporées au document que vous avez l'intention de présenter au Comité de gestion. Ces pensées sont essentiellement tirées des réponses recueillies à la suite de la diffusion du document du Groupe de travail sur la nutrition (ainsi que de ce document lui-même), de nos réunions récentes sur les questions de nutrition et de mes propres analyses et lectures.

- Je crois qu'il est juste de dire que le document produit par le Groupe de travail sur la nutrition a été bien accueilli par toutes les divisions.
- On s'accorde également à dire que l'on devrait mettre maintenant au point des initiatives régionales précises en fonction des recommandations du document et des idées et avant-projets communiqués par la suite.
- Comme point de départ, nous devrions voir des exercices d'orientation communautaire et d'identification des grands problèmes à l'aide d'évaluations rapides. Les critères de choix de régions ou de collectivités comprendraient des éléments comme l'ampleur perçue de la malnutrition, l'existence de programmes permanents d'intervention, les caractéristiques agro-climatiques, la présence d'autres activités du CRDI, etc. On identifierait automatiquement grâce à l'évaluation les groupes particuliers qui s'exposent à la malnutrition dans des collectivités déterminées et qui devraient, par conséquent, être les cibles des interventions dirigées que l'on envisage. Le programme ne se limiterait donc pas au départ à des groupes pris individuellement.
- On éprouve le besoin d'une adaptation et d'une mise au point méthodologiques dans le secteur de l'identification des problèmes de nutrition communautaire. La plupart des travaux publiés sur les évaluations rapides de situations rurales se rapportent aux systèmes d'exploitation agricole et de produits. L'étude du BRASU sur les terres arides de l'Inde peut constituer une bonne base pour l'élaboration d'orientations. L'objectif devrait être de concevoir et de diffuser des méthodes susceptibles de produire des résultats rapides mais fiables au profit des responsables des politiques en matière de nutrition. Dans le dernier numéro de Food Policy, Berg<sup>1</sup> (citant M. Griffiths) dit qu'il faut suivre le même type de procédés de

---

1. Berg, A (1987), "Rejoinder: nutrition planning is alive and well, thank you, Food Policy 12 (4), 365 à 375.

planification qui combinent les priorités nationales et les besoins communautaires. Nos recherches peuvent nous indiquer le besoin de mesures législatives, de subventions à la consommation, d'infrastructures d'hygiène et d'efforts intenses d'éducation en vue d'une amélioration des pratiques des ménages. Il est souvent impossible de mettre en œuvre toute la série de moyens, mais nous comprenons au moins le contexte et les priorités et orientons nos activités en conséquence. Le produit que nous obtenons à la fin n'est plus une affiche ou un débat sur la nutrition faisant la promotion des quatre groupes alimentaires. Il apparaît nettement cependant que le genre d'exercice d'identification de problèmes mentionné en est à ses balbutiements et appelle de nouveaux efforts d'attention et de développement. Dans ce cas, je vois vraiment un rôle pour le CROI à l'avenir, probablement en collaboration avec les autres organismes internationaux s'occupant d'aide nutritionnelle.

- Pour toute stratégie d'intervention dans une région ou une collectivité, on devrait évaluer l'incidence des politiques alimentaires nationales en plus des facteurs locaux influant sur l'état nutritionnel. Le CROI devrait s'intéresser au niveau tant des collectivités que de l'élaboration de politiques afin de se faire une idée nette et complète des facteurs qui interviennent. La collaboration avec l'IIRPA (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires) est un secteur qui se prête à une recherche en matière de politiques. Les travaux devraient se rattacher à des programmes d'intervention en cours et ne pas être menés en isolement.
- Il faut procéder à une évaluation plus détaillée des activités des ONG et à la «documentation» des succès obtenus. Le CROI devrait essayer de servir de trait d'union entre les ONG sur le terrain et les responsables des politiques des gouvernements afin de renforcer les ONG qui obtiennent des résultats dans leur travail et de diffuser plus largement leurs modes de fonctionnement et leurs réalisations.
- Toutes les activités énumérées ci-dessus devraient avoir pour effet de sensibiliser les gouvernements et les responsables des politiques aux problèmes nutritionnels et à leurs causes, aux solutions à court terme et aux possibilités de soulagement à brève échéance de la malnutrition dans les groupes exposés. Dans le cadre de cet exercice, on devrait cultiver des liens de collaboration active avec des donateurs internationaux comme l'UNICEF ou le Programme alimentaire mondial.
- De grandes possibilités existent de mettre au point des techniques plus appropriées de commercialisation, de promotion et de communication en vue d'une amélioration des pratiques qui influent sur la nutrition et de la création d'une demande pour les produits et les procédés agricoles. Les efforts entrepris en collaboration dans ce secteur en relation avec le projet des entreprises alimentaires (en Inde) pourraient devenir un modèle pour une diffusion plus large de ce type d'expérience.

- On devrait encourager les responsables des programmes permanents du CRDI à préciser les objectifs en matière de nutrition. Toutefois, le cadre des apports d'information des programmes à des projets déterminés en nutrition devrait être fourni par les exercices d'identification des problèmes dans un cadre communautaire; en d'autres termes, il faut promouvoir la création d'une orientation collectivité-population sur laquelle bâtir des programmes techniques utiles et prioritaires.
- On nous a demandé d'aborder plus clairement les liens entre production agricole et nutrition. L'autosuffisance dans les productions vivrières est, bien entendu, essentielle au maintien de la sécurité alimentaire et du bien-être nutritionnel des populations. Il est néanmoins largement reconnu que les productions vivrières ne peuvent suffire à elles seules à créer un équilibre nutritionnel général chez les pauvres et les plus vulnérables. Compte tenu du fait qu'une augmentation du pouvoir d'achat des pauvres est nécessaire à toute amélioration nutritionnelle à long terme, des programmes comme ceux des pêches, de la foresterie et des systèmes de production animale et végétale devraient examiner l'incidence possible de leur aide sur la création de revenus et l'accès à la nourriture. L'établissement de surplus, la commercialisation et la transformation de produits agricoles en des produits de consommation de valeur plus élevée joueront un rôle important à cet égard. Le programme d'économie agricole, les systèmes de postproduction, la DSSo et le Groupe de travail sur la nutrition pourraient aider les autres programmes à bien formuler ce qui précède et à introduire les éléments indispensables à une orientation plus verticale des systèmes.
- Pour le rétablissement à long terme des gens souffrant le plus de malnutrition (populations sans terres ou tribales, par exemple), le CRDI pourrait envisager de mettre au point un modèle où se combineraient harmonieusement les impératifs d'amélioration du bien-être des gens et la nécessité de développer l'environnement et ses capacités de production. La récupération des terres, le repeuplement, l'agroforesterie, les systèmes d'exploitation agricole, la transformation alimentaire et les liaisons de marchés se retrouvent en équilibre dans un rétablissement nutritionnel soutenu des plus démunis. Comme nous l'avons montré, le modèle BAIF est plein d'enseignements importants en ce qui concerne cette démarche et se révèle des plus utiles comme intervention nutritionnelle viable et suivie. Son incidence devrait être examinée et documentée dans un contexte de nutrition.
- Comme la nutrition est complexe comme sujet et met en jeu un grand nombre de disciplines, un programme de nutrition ne devrait pas se cantonner dans un secteur quelconque, qu'il s'agisse de l'agriculture ou de la santé, par exemple. Dans le passé, chaque discipline a conçu des solutions par trop spécifiques aux problèmes de malnutrition. Le mécanisme du groupe de travail a permis d'élaborer une stratégie générale pour le Centre et de dégager des points d'introduction possibles pour les contributions de l'organisme. Le groupe de travail

peut cependant ne pas être le bon moyen à employer pour la poursuite des activités. On devrait passer aux actes dans les régions (avec le ERASU, le ERACO et le ERAFO comme régions prioritaires) et désigner une personne comme coordonnateur général pouvant puiser dans les ressources des différentes divisions.

- Pour assurer le développement des orientations exposées ci-dessus, voici quelques possibilités qui s'offrent pour l'utilisation des fonds PPD demandés pour la prochaine année financière :

- (i) Réunion consultative de représentants d'organismes internationaux s'occupant de nutrition en vue d'un examen des exercices actuels d'identification de problèmes et de l'évaluation des futurs besoins;
- (ii) Études permettant d'éprouver l'application des méthodes d'évaluation rapide aux exercices d'évaluation nutritionnelle dans les collectivités africaines;
- (iii) Appréciation des effets des politiques nationales sur la fixation des prix des aliments et la disponibilité de ceux-ci dans certains pays africains, peut-être avec le concours de l'IIRPA;
- (iv) Évaluation des capacités, des activités et des besoins des instituts nationaux et des ONG africains travaillant dans le domaine de la nutrition;
- (v) Relevés permettant d'identifier les personnes-ressources de même orientation s'occupant de nutrition et mise en commun des compétences et des expériences;
- (vi) Informatisation des données utilisées jusqu'ici et recommandées par le Groupe de travail sur la nutrition comme base solide pour l'initiative en nutrition (mise en place d'un réseau d'information et échange de renseignements nutritionnels utiles entre les régions);
- (vii) Étude des facteurs qui ont contribué à des gains nutritionnels appréciables chez les pauvres de certains pays ou de certaines régions (Sri Lanka, Kerala, Chine, etc.).

A nos yeux, les possibilités (i) à (iv) devraient représenter des activités prioritaires.

- L'orientation régionale en nutrition, projet de deux ans présenté par le ERASU et devant être financé par la réserve du Centre, devrait comprendre les éléments suivants :



1. Participation d'un conseiller supérieur en nutrition devant aider l'administrateur de programme principal à mettre au point le programme régional, à améliorer la présence du Centre dans le domaine de la nutrition, à recommander des projets et des instituts, à organiser des ateliers et à établir la liaison au niveau des représentants supérieurs des gouvernements et des ONG.
2. Concours d'un nutritionniste pour la réalisation d'enquêtes et de brèves études sur l'identification des problèmes et les activités des ONG, la collecte de renseignements généraux, la rédaction d'exposés et de documents d'information et une aide générale à l'élaboration de programmes.
3. Examen des activités des ONG et des liens avec les politiques publiques en matière de nutrition, des facteurs importants pour le ciblage et la réalisation d'améliorations nutritionnelles, des questions de gestion et des sources de formation des travailleurs sur le terrain. L'objectif global sera de resserrer les rapports entre les ONG qui ont du succès et les programmes nationaux et de renforcer et de diffuser les orientations adoptées. Cette activité aura pour point culminant un atelier régional d'élaboration de projets pour un soutien possible CRDI-mécanismes interagences.
4. Nouveaux exercices d'identification de problèmes, diffusion des connaissances sur les méthodes et les problèmes de nutrition et leurs causes, conception de programmes de formation à l'emploi de techniques appropriées, établissement d'une liaison avec les gouvernements et les ONG, création d'une «interface» entre les politiques alimentaires nationales et les analyses entreprises au niveau communautaire (sujet d'un autre atelier régional).
5. Élaboration plus poussée de nouvelles techniques de commercialisation et de communication et développement des liaisons en vue de la promotion d'une amélioration des pratiques de nutrition dans les secteurs de paupérisme et de la stimulation des économies rurales en proie au marasme.
6. Consolidation d'un noyau de spécialistes de même orientation en nutrition, en commercialisation et en économie en vue de la mise au point d'activités en nutrition et de consultations à ce sujet dans la région de l'Asie méridionale.

Cela a fait une note plutôt longue et j'espère que vous pourrez en extraire les points qui pourraient être soulignés à l'intention du Comité de gestion.

Amitiés.

C.C. H. Zandstra

Projet  
(14/03/1988)

CRÉATION D'UNE CAPACITÉ DE RECHERCHE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

notamment dans le secteur de la santé

DOCUMENT DE POSITION

Présenté à  
la Division des sciences de la santé  
du Centre de recherches pour le développement international (CRDI)

par

KARL A. SMITH

## TABLE DES MATIERES

Page

Introduction .....	1
Éléments d'un modèle efficace de création d'une capacité de recherche....	4
Le CRDI et la création d'une capacité de recherche.....	7
- Évolution idéologique	
Aide intégrée aux instituts de recherche (AIIR).....	14
- Pensée actuelle et réflexions	
Choix et soutien des établissements candidats à l'AIIR.....	21
Croissance des établissements AIIR.....	30
Rapports entre les activités AIIR et les plans régionaux du CRDI.....	31
Quelques exemples d'activités AIIR réelles et possibles.....	34

Évaluation.....	36
La Division des sciences de la santé et l'AIIR.....	38
Financement conjoint.....	41
Activités connexes des autres groupes du secteur de la santé.....	42
Prochaines interventions de la DSSA-CRDI dans l'AIIR.....	43
Résumé.....	45
Bibliographie.....	47

## Création d'une capacité de recherche dans les pays en développement

### Introduction

Avant d'entrer dans le vif du sujet, établissons d'abord des distinctions entre termes dont les champs sémantiques sont différents. Par création d'une capacité de recherche, on entend soit commencer à partir de rien, soit bénéficier d'une base déjà en place. Le terme raffermissement de la capacité de recherche touche davantage ce deuxième aspect, c'est-à-dire partir d'une infrastructure en place. Par raffermissement des établissements ou instituts de recherche, on peut entendre la création d'une capacité de recherche ou son raffermisssement.

Une lacune évidente du secteur de la santé dans les pays en développement est l'absence relative de capacité d'entreprendre la recherche pertinente et de faire en sorte que les résultats influent sur la formulation des orientations et sur les décisions. A titre d'exemple, il y a moins de 20 ans, dans un certain ministère de la Santé, on a fixé les affectations budgétaires de l'année suivante simplement en ajoutant un pourcentage donné aux crédits des années précédentes. Cet exemple illustre les lacunes de certains projets, notamment l'absence de données pertinentes ou le peu de capacité de les analyser et de tirer des conclusions rationnelles. Ainsi, on a, sur des bases exceptionnelles et subjectives, pris d'importantes décisions d'orientation influant sur la répartition de ressources rares.

Depuis deux décennies, de nombreux pays se sont rendu compte qu'ils ont besoin de cette capacité de recherche, afin d'utiliser de façon optimale des ressources rares et dans certains cas déclinantes. En fait, le raffermissement de la capacité autochtone de recherche est souvent la première priorité des chercheurs et établissements nationaux en santé, ainsi que des décideurs. Ce besoin a été souligné notamment dans un document du docteur T. Nchinda, anciennement professeur au Centre universitaire en sciences de la santé (CUSS) du Cameroun et actuellement à la RMT/QMS, lors d'une conférence parrainée conjointement par le CRDI et l'Université de Waterloo, sur le thème de la recherche pour le développement du Tiers-Monde, à Waterloo, en mai 1985.

Cette sensibilisation accrue vient en partie des efforts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des activités d'autres organismes intéressés à la promotion de la santé dans les pays du Tiers-Monde, par exemple, la Fondation Rockefeller, la Fondation Ford, l'Agence suédoise de coopération en recherche (SAREC) et certains autres organismes de l'ONU (PNUD, Banque mondiale).

L'OMS a beaucoup favorisé le raffermissement de la capacité de recherche, depuis la réunion d'Alma Ata en 1978, dont est issue la déclaration sur La santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT/2000) et sachant qu'atteindre les objectifs de ce programme aurait des répercussions profondes sur les services, systèmes et politiques de santé, la façon dont ils sont organisés, administrés, financés et évalués. Il faut donc pour cela que fonctionne une capacité de recherche dans les pays en développement. Un des programmes de l'OMS, le Programme spécial de recherche et de formation relatives aux maladies tropicales (RMT) est devenu sous nombre de rapports un modèle du

genre, pour la création d'une capacité de recherche, de sorte que nous y reviendrons plusieurs fois aux présentes.

A sa 27<sup>e</sup> réunion, en octobre 1985, le comité consultatif mondial de la recherche médicale de l'OMS a consacré une bonne part de son temps à l'examen et à la discussion du rapport de son sous-comité sur la stratégie de recherche en matière de santé pour la SPT/2000. Voici un passage qu'il vaut la peine de citer :

«Il faut porter attention à l'organisation et au soutien de la recherche, dans la prestation des services de santé, de façon à réunir en équipe de travail efficace les disciplines et les secteurs divers, pour qu'il se forme des liens efficaces entre les groupes de recherche et les collectivités et entre les premiers et les décideurs, de façon que la recherche bénéficie d'un soutien adéquat.

La capacité de recherche dans ce domaine, tant au niveau des personnes que des établissements, est gravement réduite; il faut s'occuper de créer des capacités locales, avec l'appui de sources nationales et internationales.»

Les activités en question constituent l'essentiel de la recherche sur les systèmes de santé et l'OMS préconise constamment que, dans les pays en développement, cette recherche vise l'autonomie. Il serait difficile de trouver un ministère de la santé de quelque pays en développement qui prendrait des décisions d'affectation des ressources de façon «intuitive» comme dans l'exemple donné précédemment. Il faut reconnaître qu'une bonne



part de ce changement vient de l'OMS, cela dit en reconnaissant que d'autres organismes ont aussi joué un rôle appréciable.

#### Éléments d'un modèle efficace de création d'une capacité de recherche

L'OMS voit dans le raffermissement de la capacité de recherche un effort à long terme qui comporte deux éléments principaux :

- . la formation
- . les programmes de raffermissement des établissements

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le Programme spécial de recherche et de formation relatives aux maladies tropicales (RMT) a créé l'un des programmes les plus efficaces, sous le rapport de la création et du raffermissement de la capacité de recherche dans le domaine de la santé. Nous pouvons tirer de ce programme de nombreuses leçons et c'est la raison pour laquelle nous analysons ici certains détails de la stratégie.

Les activités de raffermissement des établissements du programme RMT visent deux objectifs :

- . renforcer la recherche appliquée sur le terrain
- . promouvoir la recherche fondamentale

Il existe, pour y arriver, trois grands types de subventions aux établissements :

- . subvention d'immobilisation
- . subvention d'aide à court terme
- . subvention d'aide à long terme

Les subventions d'immobilisation visent les bâtiments et l'achat du matériel et des équipements essentiels. Les subventions d'aide à court terme portent sur certains articles précis, frais de recherche compris. Quant aux subventions à long terme, elles peuvent couvrir tous ces articles ou n'importe lequel et englobent habituellement les salaires et les frais de fonctionnement. Les deux premiers types de subventions servent au cours des phases initiales de raffermissement, mais peuvent aussi se justifier dans le cas des établissements bien établis ayant besoin de subventions ponctuelles pour améliorer leur capacité de recherche. Les subventions du troisième type sont le principal instrument de raffermissement des établissements et sont accordées habituellement pour au moins 5 ans, occasionnellement avec prolongation de 3 ans. Autre type d'aide à long terme : subventions d'organisation de cours de longue durée au niveau des études supérieures. En conséquence, ces subventions offrent un soutien fondamental ou de programme et permettent d'absorber les coûts de certains projets de recherche. Peuvent également figurer dans les subventions aux établissements l'aide post-doctorale pour soutenir la croissance de l'établissement, et des fonds et du matériel pour implanter de nouveaux cours susceptibles d'attirer non seulement des autochtones, mais aussi des étudiants étrangers.

Parmi les résultats prévus, mentionnons :

- . amélioration de l'infrastructure scientifique
- . création de nouvelles installations de recherche
- . perfectionnement des ressources humaines
- . soutien à l'enseignement supérieur dans des domaines touchant les principaux aspects de la maladie
- . promotion de saines pratiques de gestion, par le réseautage et la surveillance continue.

En ce qui a trait à l'élément de formation, complément nécessaire du raffermissement des établissements, voici quelques disciplines et secteurs plus prioritaires :

- . épidémiologie;
- . sciences sociales appliquées à la santé;
- . auto-évaluation permanente et mise au point d'indicateurs appropriés.

L'accent mis sur les sciences sociales mérite d'être signalé, dans le contexte des plans du CRDI visant le raffermissement de la capacité de recherche.

## Le CRDI et la création d'une capacité de recherche

### Évolution idéologique

Pour s'acquitter de son mandat, qui est de favoriser et d'appuyer le développement par la recherche, le CRDI a décidé dès le départ de fonctionner par projet, c'est-à-dire d'appuyer des projets précis de recherche. Les difficultés ont surgi en nombre et rapidement, notamment l'absence relative de capacité de recherche dans les pays en développement, plus aigu dans certaines régions (notamment en Afrique) que dans d'autres. Il fallait donc, dans une certaine mesure, créer cette capacité.

Constatant de plus en plus la faiblesse de l'infrastructure de recherche dans certains pays et certaines régions, le Centre a dû se rendre à l'évidence : il devait s'orienter vers la formation. La Division des bourses (DB) a été créée pour répondre à ce besoin : son rôle et ses attributions ont évolué et se sont élargis et diversifiés au fil des ans, en réponse aux besoins de plus en plus complexes de formation.

La plupart des divisions du CRDI ont eu recours au mécanisme actuel de formation liée aux projets, par exemple les bourses pré-projet ou post-projet et autres, pour faciliter la création d'une capacité de recherche. Ces bourses visent des cours de formation, habituellement d'une durée relativement courte, grâce auxquels les enquêteurs principaux et certains autres membres des équipes de recherche peuvent parfaire leur compétence. Certaines divisions ont recours à ces mécanismes plus que d'autres; de plus, on y a parfois intégré des programmes de formation relativement plus longs, allant parfois jusqu'au doctorat. Cependant, il est de plus en plus évident que cela

ne suffisait pas, qu'il fallait d'autres mécanismes; à l'occasion, il a été question d'un examen approfondi et d'une mise à l'essai de ces mécanismes pour créer une capacité de recherche ou la raffermir.

Les orientations et priorités du Centre ont changé simultanément, en même temps que le monde qu'il desservait. Les changements successifs au Comité de gestion et dans le personnel du Conseil ont aussi eu leurs effets sur l'idéologie de l'organisme. Ensemble, ces événements ont abouti à la situation actuelle où le Centre semble prêt à relever le défi : raffermir la capacité de recherche par des moyens autres que l'aide aux projets. Voici en bref la façon dont cette position a évolué et les principaux jalons de ce cheminement.

Dès 1973, peu après la création du CRDI, son président, dans une discussion sur les orientations, a remis en question la pertinence de l'équilibre qui prévalait alors au Centre, dans l'aide accordée aux établissements, à la formation et aux projets, ainsi que l'importance relative du soutien essentiel par opposition au soutien des projets.

En 1980, l'EPP II comportait un appel du président du Conseil pressant d'examiner les moyens, autres que l'appui des projets, pour diversifier la stratégie du Centre relativement au raffermissement des capacités des établissements, compte tenu des écarts considérables constatés sous ce rapport dans les pays en développement.

En 1981, le Conseil approuvait l'octroi d'une aide institutionnelle aux établissements oeuvrant dans le domaine des sciences sociales, dans certaines parties d'Amérique latine, afin de les aider à survivre dans des milieux politiquement hostiles. (L'assouplissement de la ligne de conduite du Centre a entraîné le retrait de cette approbation en 1986.)

En 1983, le Comité de gestion recommandait un soutien de base aux établissements dans les pays possédant une infrastructure faible; une résolution adoptée par le Conseil dans l'EPP VI de cette année-là rappelait la nécessité de créer une capacité en établissement.

La création d'une capacité institutionnelle a reçu un autre coup de pouce en 1984 et en 1985, à la suite des évaluations de certains projets du CRDI faisant ressortir les faiblesses dans la capacité de certains établissements d'Éthiopie, de Tanzanie et de Thaïlande.

Les délibérations du Conseil à propos de l'EPP VI en octobre 1984 comportaient une résolution appuyant l'expérimentation, par le Centre, afin d'identifier et de perfectionner d'autres formes d'aide que le mécanisme des projets et capables, dans certains cas, de répondre plus efficacement aux besoins de recherche sur le développement.

Dans l'EPP VII (1985), changement apparent d'orientation : la création d'une capacité devenait un objectif secondaire. Dans une résolution adoptée à cette fin, le Conseil accordait plus d'importance à la recherche sur le développement.

Cependant, un problème abordé dans les délibérations conjointes des comités de gestion et du Président, au printemps 1986, était le soutien intégré aux établissements de recherche, perçu comme un moyen de coordonner la participation des diverses divisions afin d'atteindre une plus grande cohérence dans les programmes du Centre et de rendre plus facilement applicables les résultats de la recherche. Ainsi, il semble que le raffermissement de la capacité ait repris la première place.

En juillet 1986, le Comité de gestion a demandé au Bureau de la planification et de l'évaluation (BPE) et aux directeurs régionaux de formuler des recommandations sur l'aide intégrée aux instituts de recherche (AIIR); le président a demandé aux directeurs régionaux d'identifier d'éventuels établissements récipiendaires.

Le BPE a produit un document précisant les lacunes dans le mode de projet strict, y compris le sous-financement des services subventionnant la recherche (bibliothèque, laboratoires, publications, capacité de formation, capacité de gestion); le manque de coordination de l'aide des divisions aux grands établissements récipiendaires, ainsi que la difficulté de mobiliser les forces interdisciplinaires nécessaires pour passer des résultats de la recherche à leur application au règlement des problèmes. Le BPE a formulé des recommandations sur les composantes du soutien de type AIIR, les critères d'identification des établissements candidats et les mécanismes de mise en application de l'AIIR, ainsi que les sources éventuelles de financement.

Les directeurs régionaux ont fourni des listes d'établissements nationaux de recherche, de conseils et de centres, d'universités et de collèges, de

sociétés ainsi que d'établissements régionaux et internationaux. Certains ont fait remarquer que les listes étaient provisoires, établies sur des impressions, et que chaque établissement devait faire l'objet d'un examen approfondi avant toute demande d'AIIR.

Au printemps 1986, le président et les gestionnaires se sont réunis; ils ont non seulement abordé la question du raffermissement des établissements, mais aussi ciblé avec plus de précision les objectifs du Centre. Le processus s'est poursuivi en octobre, avec la réunion du Conseil des gouverneurs.

En mars 1986, ont été adoptés des énoncés officiels sur la façon dont le Centre percevait le développement, son mandat et ses objectifs; pour certains, c'était le début d'une nouvelle phase de planification stratégique au CRDI. Ces énoncés ont des répercussions importantes en ce qui a trait à l'AIIR et sont en partie repris ici (extraits de l'EPP IX, 1991-1992).

Le Centre conçoit le développement comme un processus à l'avantage des gens; les décisions doivent être prises par les gens des pays en développement et non par le CRDI. On rappelle que les besoins des gens doivent avoir plus de priorité que les intérêts scientifiques. Cela a des répercussions sur les liens, par l'intermédiaire des chercheurs, entre l'établissement de recherche et la collectivité et la participation de cette dernière, non seulement à la recherche proprement dite, mais à l'utilisation pratique des résultats. L'établissement doit être conforme à la situation et aux problèmes à résoudre.

Dans l'énoncé de mission, on insiste sur le développement par la recherche et les activités d'aide à la recherche, en favorisant, dans les régions en



développement, un progrès économique et social orienté par les autochtones et ciblé notamment sur les problèmes de la pauvreté. Les conséquences de cela sont abordés plus loin, à la section sur le choix des établissements.

L'objectif du CRDI, réaffirmé avec force, est d'appuyer la recherche directement pertinente et évidemment propice au développement du Tiers-Monde, en accordant une certaine importance aux problèmes de la pauvreté et, à cette fin, d'aider les pays en développement à acquérir et à conserver leur propre potentiel de recherche, surtout les ressources humaines. Cela appelle clairement un grossissement de l'aspect formation, ainsi que d'autres intrants, en plus du mode axé sur les projets.

D'autres énoncés de l'EPP IX sont importants, en ce qui a trait à l'AIIR. A titre d'exemple, on établit une distinction précise entre les clients (chercheurs) et les bénéficiaires (les gens), en reprenant les définitions données dans l'EPP VII. L'accent étant sur les gens, il en ressort certaines conséquence sur les types de clients et d'établissements qui peuvent recevoir de l'aide. En cela et en s'orientant vers la décentralisation des mécanismes décisionnels, le Centre rappelle également les pouvoirs discrétionnaires du personnel régional de programme, ainsi que son rôle dans la formulation des stratégies divisionnaires et régionales.

En outre, on remarque l'apparition de la notion d'efforts de développement - «l'identification des problèmes communs à une région géographique et (ou) un aspect particulier du développement», ainsi que la promotion de programmes coordonnés de recherche, axés sur les grands problèmes. Cela influe sur les décisions d'AIIR prises dans une région ou un pays.

Dans l'EPP IX, on examinait les modalités de l'aide du CRDI : projet ou programme? Et dans ce dernier cas, est-ce que cela comprend l'aide de base ou à l'établissement?

Apparemment, le Centre augmentait son aide réelle aux activités des établissements ce qui, compte tenu des vives discussions de 1986 dont nous avons parlé, a accéléré la venue d'un processus d'analyse aboutissant à la préparation d'un document sur l'AIIR par le BPE, en octobre 1987. Nous en traiterons plus loin.

Signalons aussi le rapport remis récemment au Parlement du Canada par le Comité Winegard\* où on pressait le Canada à donner la priorité au perfectionnement des ressources humaines, dans ses efforts de développement outre-mer. L'idéologie et les activités du CRDI, ainsi que la décentralisation et la délégation de plus en plus grandes des pouvoirs décisionnels au profit des bureaux régionaux ont été jugées valables et conservées comme modèle, malgré leurs imperfections. Ceci a des répercussions évidentes sur les activités de type AIIR.

En résumé, peu après sa création, le CRDI a réalisé que le mode des projets serait inadéquat, s'il était le seul instrument utilisé pour remplir son mandat; il semblait de plus en plus évident que le mode des projets comportait des lacunes et des limites, tant pour les bénéficiaires que pour le Centre et que, dans la pratique, ce mécanisme couvrirait d'autres activités de recherche. L'évolution de la pensée du Centre au fil des ans a vraiment donné droit de cité à l'idée de créer une capacité de recherche dans les pays en

---

\* Comité permanent des affaires étrangères et du commerce extérieur.

développement; tout récemment, on a reconnu qu'il fallait non seulement faire en sorte que le résultat principal des activités du centre soit le développement mais aussi que ce développement serve les gens. Cela comporte des répercussions importantes, en matière de raffermissement de la capacité de recherche. Compte tenu de nos modestes ressources et du fait que nous ne pouvons pas tout faire à la place des autres, nous devons cibler notre aide avec plus de précision, en coordonnant et en planifiant l'apport de chaque division et en accordant une attention particulière aux besoins régionaux/géographiques. L'un des moyens à essayer pour atteindre tous ces objectifs est l'aide intégrée aux instituts de recherche sur une base sélective. C'est l'analyse que nous faisons dans la suite du document.

#### ANDE INTRGRÉE AUX INSTITUTS DE RECHERCHE (AIR)

##### Pensée actuelle et réflexions

##### Pensée actuelle

Dans le document de discussion «Façons d'aborder le perfectionnement des instituts de recherche» préparé et présenté par le Bureau de la planification et de l'évaluation (BPE) du CRDI en octobre 1987, on reconnaît l'importance de l'implantation d'institutions dans la documentation sur le développement; on précise que, depuis 15 ans, cela fait l'objet de discussions d'orientation au CRDI; la participation du CRDI à l'implantation d'institutions a été, jusqu'à maintenant, plus implicite qu'explicite.

Deux recommandations se dégagent du document susmentionné :

- que le Centre prenne davantage conscience des besoins;
- que le Centre complète le financement des projets en envisageant une aide coordonnée à plus long terme, pour certains établissements (formulation résumée).

Ces recommandations ont été formulées après un examen approfondi de la documentation liée au concept de l'implantation d'institutions, ainsi que l'étude de cas sur les stratégies utilisées par plusieurs organismes oeuvrant dans le domaine du développement : USAID, PNUD, la Banque mondiale, le SAREC, l'OMS (dont nous avons mentionné précédemment les deux programmes spéciaux). Nous donnons les éléments des modèles qui ont assez bien réussi, pour en tirer des leçons pour l'avenir; suit une énumération des critères de succès dans la création d'établissements de recherche et, à partir des remarques formulées par le personnel du CRDI, suivent des lignes directrices d'orientation du Centre dans l'AIIR. Consultez ce document pour de plus amples renseignements.

Il appert donc qu'il n'existe aucun modèle éprouvé ou universellement accepté à l'égard des établissements. Cependant, toutes les stratégies adoptées par les divers organismes semblent se fonder sur certains impératifs minimaux : leadership et dévouement, compétence administrative, ainsi que liens avec l'environnement dans lequel fonctionne l'établissement, avec l'infrastructure, l'environnement extérieur et l'utilisateur ultime du produit de la recherche.

Comme nous l'avons mentionné, nous dégageons deux modèles qui ont assez bien réussi, à savoir les programmes de l'OMS sur la reproduction humaine et sur les maladies tropicales, qui empruntent des stratégies analogues pour créer

une capacité de recherche et se composant essentiellement : d'une planification à long terme (5 à 10 ans) du programme, d'un volet de formation assez important, d'une aide à l'égard de l'équipement et des fournitures, ainsi que d'une surveillance étroite en vertu de laquelle les établissements doivent remettre des rapports d'activités et des publications à des intervalles assez rapprochés.

Les autres parties du document constitueront un examen de ce que le Centre et plus particulièrement la DSSA pourraient faire en AIIR. Ce faisant, l'auteur rend en partie compte du contenu du rapport du EPE sur l'AIIR.

### Réflexions

L'appel du EPE en faveur d'une prise de conscience n'est pas sans fondement, compte tenu de la nécessité d'aborder l'AIIR de façon disciplinaire et de convaincre tout le monde de la valeur de l'effort.

Cependant, avant que le CRDI ne se lance officiellement et d'une façon tout à fait nouvelle dans l'aide intégrée aux instituts de recherche, il faut régler certains points fondamentaux et évaluer certaines possibilités.

Il faut d'abord (1) se tourner vers les niveaux d'aide du Centre au raffermissement des capacités de recherche :

- faudra-t-il prévoir un stade expérimental où on répondra aux besoins d'un ou de deux établissements?

- dans ces circonstances, l'AIIR sera-t-elle une véritable activité interdivisionnaire, avec participation de diverses disciplines et coordonnée de façon qu'un établissement devienne une installation multidisciplinaire, multisectorielle et réceptive, répondant à un rôle national ou régional essentiel?
- n'optera-t-on pas plutôt pour une entreprise plus modeste où l'essentiel de la collaboration proviendra de telle division et s'adressera à un établissement approprié, ayant des affinités avec les programmes de la division et ses disciplines connexes, mais avec la participation appropriée des autres divisions pour garantir une dimension globale, ainsi que des résultats intersectoriellement liés de la part des établissements récipiendaires?

A titre d'exemple, la DDSA pourrait être le principal coordonnateur dans le raffermissement de certains établissements de recherche sur la santé dans telle région, mais avec la collaboration d'autres disciplines pertinentes, par exemple celles utilisables en sciences sociales, pour que l'établissement récipiendaire se dote d'une capacité de recherche non seulement sur les aspects biomédicaux de tel problème ou syndrome, mais également sur ses composantes sociales et comportementales. A son tour, l'établissement établirait la liaison entre les résultats de sa recherche et non seulement le ministère de la Santé et ses programmes, mais aussi les autres services sociaux.

Les recommandations figurant au document AIIR, ainsi que les discussions antérieures et leur évolution menant à un modèle adaptable, multidisciplinaire et multisectoriel.

Un autre point (2) à aborder est de savoir si le CRDI veut s'associer à d'autres organismes, canadiens ou autres, internationaux ou bilatéraux. Dans un modèle comme celui-là, on pourrait encore fonctionner selon une démarche unisectorielle ou multisectorielle, toutes deux abordées au paragraphe précédent.

Bien sûr, il existe des solutions hybrides dérivées de ces options, où on pourrait voir des activités AIIR avec collaboration de plusieurs divisions, aussi bien que plusieurs activités faisant appel surtout à un seul programme; dans l'un ou l'autre cas, l'aide pourrait provenir uniquement du Centre ou de la Division, ou de plusieurs organismes dont le CRDI.

D'après les discussions officielles et officieuses qui ont eu lieu au CRDI, il semblerait ne pas y avoir d'objection à des efforts multi-latéraux AIIR.

Troisième aspect (3), celui du nombre et de l'emplacement des établissements choisis pour bénéficier de l'AIIR. La solution pourrait prendre diverses formes et dépendrait dans une grande mesure des réponses données aux deux points précédents. Ici encore, l'impression à tirer des documents du Centre et des réactions du personnel est que le départ devrait être modeste, le Centre s'orientant prudemment vers un stade expérimental, avec un petit nombre d'établissements d'Afrique, où le besoin est le plus grand. Plus tard, on se tournerait vers l'Asie et l'Amérique latine.

Le point suivant (4) est de savoir si, après le choix de la région, on rétrécira le ciblage à un établissement régional, à un seul établissement dans un pays ou à plusieurs dans le même pays ou dans plusieurs pays. Il n'y aura probablement pas qu'une réponse, mais plusieurs opinions émanant de la gestion, du Conseil, du programme et du personnel régional. Il faudra faire la preuve du besoin et de la faisabilité en situations locales réelles, mais compte tenu des modestes ressources du CRDI, certaines de ces solutions sont impraticables.

Un autre facteur (5) est de savoir s'il faut aider les établissements seuls, qui travaillent dans l'isolement, ou si le réseautage est préférable (il peut prendre de nombreuses formes). D'après l'expérience, la seconde solution est à préférer, car les liens établis garantissent un plus grand dynamisme. Cependant, cet avantage n'est pas gratuit.

Ensuite, il faut décider (6) si le Centre doit créer de nouveaux établissements de recherche ou consolider ceux qui existent. Cette question n'a pas été vraiment approfondie dans la documentation interne étudiée. Certains préconisent la création d'établissements, particulièrement là où n'existe pas ou que peu de capacité de recherche. Ce serait une tâche énorme, comportant de grands risques, et qui grèverait probablement les ressources humaines et financières relativement modestes du CRDI, particulièrement si le Centre se lancerait seul à l'aventure. Pareille expérience ne devrait être envisagée que dans des circonstances où le besoin est évident et extrême, et s'il n'existe aucune infrastructure, mais la plupart des autres critères adoptés à l'égard du raffermissement des établissements s'appliquent (voir partie suivante). Cependant, il est difficile d'imaginer pareille situation;



si cela était, il est préférable que le CRDI dirige un groupe d'aide afin de répondre à ce besoin.

Pourtant, il existe des cas particuliers où le produit serait en fait un nouvel établissement, par exemple lorsque les intrants modifient les orientations, le fonctionnement et le programme des établissements universitaires ou de recherche à un point où, de la coordination et du ciblage, émergent de nouvelles entités. Par l'ALIR, le CRDI pourrait aussi regrouper plusieurs établissements nationaux aux intérêts et activités connexes et se chevauchant et qui fonctionnent actuellement de façon indépendantes, pour en faire un seul établissement, comme cela s'est produit dans certaines parties d'Amérique du Nord, créant ainsi un nouvel établissement de recherche. En pareil cas, on aurait en outre la possibilité d'orienter la nouvelle entité plus loin des modèles occidentaux, sous le rapport des intérêts en matière de recherche, de sa pertinence à l'égard des besoins régionaux, de sa raison d'être. Ainsi, le Centre pourrait favoriser la création de nouveaux modèles d'instituts nationaux de développement où il y aurait des mécanismes nouveaux, par exemple les affectations croisées de personnels universitaires.

Dans un sens légèrement différent, le CRDI pourrait, par sa collaboration, transformer partiellement ce qui n'est qu'un organisme de service ou de développement en établissement possédant une capacité minimale de recherche. Il en est ainsi du projet récemment approuvé d'aide à la Bharatiya Agro-Industries Foundation (BAIF), en Inde (3-P-87-0161). A l'avenir, les possibilités de raffermir ainsi des établissements de recherche seront probablement rares.

D'autres points touchent les thèmes ou cibles sur lesquels (lesquelles) il faudrait insister, au niveau local, pour doter ces établissements d'une capacité de recherche; il y a aussi, bien sûr, la difficile question de l'évaluation et du plan d'évaluation. Ce dernier point est brièvement abordé plus loin.

### CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS CANDIDATS A L'AIIR

Comme nous l'avons mentionné, on semble généralement s'entendre sur un point : le raffermissement des établissements doit s'adresser d'abord à l'Afrique et, pour un certain nombre de régions (notamment l'extrême faiblesse de l'infrastructure), en toute première priorité à l'Afrique francophone. On perçoit aussi un grand besoin dans certaines régions d'Asie, surtout en Indonésie et dans certains pays d'Amérique latine. Voici un ensemble de critères possibles pour le choix des établissements candidats.

#### Critères de sélection des établissements

Parmi les critères possibles, certains sont généraux, valables si on envisage une aide multidisciplinaire de l'ensemble du CRDI, tandis que d'autres sont plus axés sur les sciences de la santé. Ils sont donnés ci-après, mais non nécessairement par ordre de priorité.

Pour pouvoir faire l'objet d'un projet AIIR du CRDI, il serait souhaitable que l'établissement réponde aux critères suivants :

- (i) qu'il existe dans un contexte politique stable;

- (ii) qu'il ait un rôle et une fonction à l'échelon national, sous le rapport des objectifs, méthodes et des bénéficiaires
- (iii) qu'il soit réceptif aux besoins nationaux (par opposition aux besoins internationaux), c'est-à-dire avoir une certaine autonomie, tout en étant pas l'esclave des lubies ou orientations nationales;
- (iv) qu'il soit surtout et en définitive axé vers les gens et la collectivité (et non vers l'aspect laboratoire et biomédical ou la haute technologie, simplement pour «faire comme le voisin»), et mener des recherches sur les problèmes au niveau du district ou de la collectivité;
- (v) qu'il possède déjà une masse critique de chercheurs compétents, un effectif adéquat (quantité et qualité des résultats);
- (vi) qu'il reçoive l'appui des pouvoirs nationaux qui ont la volonté et la capacité d'assumer les coûts de fonctionnement de l'établissement et ce, de plus en plus au fil du temps, à mesure qu'est retirée l'aide extérieure;
- (vii) qu'il possède un plan à long terme de perfectionnement du personnel et comportant des possibilités de promotion professionnelle;
- (viii) qu'il ait déjà des liens avec les programmes du secteur national;

- (ix) qu'il ait fait une sélection soignée pour attirer des nationaux de calibre élevé et que le personnel soit raisonnablement satisfait, par des taux de rémunération acceptables et autres gratifications;
- (x) qu'il ait tendance à publier localement/régionalement et qu'existent à cet égard des véhicules appropriés;
- (xi) qu'il entreprenne des travaux de recherche dont il est possible de montrer la pertinence par rapport aux besoins sectoriels du pays ou de la région et non à ceux des chercheurs;
- (xii) qu'il soit dirigé par des personnes acquises aux activités réelles et potentielles de l'établissement;
- (xiii) qu'il possède un leadership éclairé, souple et réceptif tout en étant résolu;
- (xiv) qu'il soit associé ou en relations fonctionnelles avec d'autres secteurs (faculté universitaire), par exemple les sciences sociales, l'agriculture (dans le cas de la santé).

Il est évident que la liste des critères est loin d'être complète.

En ce qui a trait au quatrième critère (iv) et à la recherche dans le domaine de la santé, on discute actuellement beaucoup des mérites relatifs qu'il y aurait à investir des ressources modestes dans les pays en développement pour les consacrer à la recherche sur les aspects sociaux, comportementaux et environnementaux des problèmes de santé propres à un pays ou à une région, comparativement aux investissements en recherche biomédicale touchant les problèmes de santé ou des syndromes pathologiques prévalents, recherche qui ne peut se faire que localement. Cette dernière est perçue comme correspondant à la recherche pionnière ou nationale, propice à l'acquisition de connaissances nouvelles; une partie de cette recherche peut être utile au niveau international. Bien sûr, cette opinion a ses mérites, mais elle sera probablement, de nos jours, l'opinion de la minorité. Le CRDI doit d'abord investir ses modestes ressources dans les pays en développement, dans les recherches liées aux aspects sociaux, comportementaux et environnementaux des problèmes de santé nationaux ou régionaux, tout en réalisant que les deux types d'investissement seront un jour ou l'autre nécessaires.

En outre, en ce qui a trait à l'initiative de la DSSA et du CRDI, on propose, au moins pour commencer, de conserver une perspective régionale (ou nationale, dans le cas de grands pays). Voici donc critères possibles :

(xv) l'acceptabilité régionale de l'établissement en tant que modèle ou menseur;

(xvi) acceptation, à l'échelon national, que ces établissements assument pareil rôle de leadership régional (avec toutes les conséquences que cela suppose);

(xvii) preuve qu'il existe des liens avec d'autres établissements nationaux analogues de la région (en termes d'orientation, d'intérêt).

Le but est que l'établissement choisi, tant pendant la période de renforcement qu'après, joue à son tour le même rôle (l'idée de «centres d'excellence» qui aident les intervenants plus faibles, assument le leadership, se lancent dans la collaboration technique entre pays en développement, etc.).

Il y a de la place pour la collaboration des pays industrialisés avec des établissements régionaux de ce type dans des domaines restreints de la haute technologie et (ou) de la recherche médicale, selon les besoins et en fonction des problèmes locaux précis, dans les modalités des projets coopératifs actuels du centre (certainement dans le domaine de la santé). Cependant, conformément à l'idéologie du CRDI, qui est acceptée et respectée, et c'est en partie notre avantage comparatif, nos efforts doivent porter en définitive vers l'indigénisation.

#### Choix définitif des établissements AIIR expérimentaux

Si le CRDI compte procéder selon les orientations proposées, il faudra entamer des discussions, non seulement avec le personnel des établissements candidats, mais également avec les organismes scientifiques pertinents, nationaux et régionaux, les organisations populaires, les groupes privés et volontaires intéressés et concernés (dans le domaine de la santé, par exemple l'African Medical and Research Foundation ou AMREF du Kenya), ainsi que d'autres organismes internationaux et bilatéraux intéressés. Ainsi, le Centre

aura la certitude d'atteindre ses objectifs et sa mission en matière de développement.

On choisira alors quelques établissements, peut-être pas plus de 2, et en Afrique : un francophone, en Afrique occidentale ou centrale, et un anglophone, ceci parce que, nous l'avons mentionné, les intervenants semblent reconnaître que le besoin le plus grand se situe en Afrique et, dans ce continent, surtout dans les régions francophones. On pourrait alors planifier, mettre en application, gérer, surveiller et évaluer le raffermissement sélectif, ce qui comprendrait la cueillette soignée et l'analyse des données sur les problèmes qui prévalent, les problèmes prioritaires (décisions en fonction de la gravité); la taille du fardeau (de morbidité, de mortalité dans le secteur de la santé); les répercussions économiques; la faisabilité de recherches utiles et la possibilité de trouver les solutions pratiques, etc.

De plus, à ce stade, il faudra préparer soigneusement les profils institutionnels et tous les aspects importants de la structure, des mécanismes et du fonctionnement. Ce sera utile non seulement pour vérifier si un établissement est un candidat adéquat à l'AIIR, conformément à l'idéologie pertinente, mais de plus, ce profil de base pourra servir aux évaluations ultérieures.

Après le choix définitif des établissements, il faudra préparer pour chacun un plan de développement et d'action, en tenant compte des incidences de coût, et y incorporer des volets d'évaluation et de surveillance.

Quelques éléments possible de l'AIIR

Si les projets AIIR sont subventionnés surtout ou uniquement par le CRDI (ou la DSSA), voici les éléments qu'il serait raisonnable d'y inclure :

- (i) salaire du personnel;
- (ii) formation à court terme (perfectionnement);
- (iii) formation à long terme (acquisition de techniques);
- (iv) prestation de services-conseils uniquement si nécessaire, particulièrement en ce qui a trait à (ii);
- (v) bourses de retour, à l'intention des stagiaires à long terme, pour l'exécution de recherches;
- (vi) petites subventions;
- (vii) aide à la bibliothèque, matériel moderne compris;
- (viii) création ou raffermisssement des systèmes d'information (ordinateurs, logiciels, formation du personnel approprié);
- (ix) raffermisssement des capacités de communication (audio-visuels, production du matériel, etc.);
- (x) subventions spécifiques de recherche.

En cas de participation d'autres organismes :

- (xi) le CRDI pourrait fournir le minimum en fait de matériel et d'équipement et les autres organismes, des articles plus importants;
- (xii) bâtiments, autres installations spéciales, fournis par d'autres;



- (xiii) raffermissement des capacités d'entretien (ingénieurs, mécaniciens, techniciens, sans oublier leur formation), par les autres ou par le CRDI;
- (xiv) remplacement du matériel, par les autres;
- (xv) volet de la recherche touchant la biomédecine ou un autre secteur de haute technologie particulier, subventionné par le CRDI ou, si d'autres organismes participent, subventionné surtout par eux.

Bien entendu, si le CRDI est le seul organisme subventionnaire, ces éléments essentiels et autres volets nécessaires feront néanmoins l'objet d'une aide adéquate.

### Formation

Il est évident que la formation sera un volet important dans tout projet AIIR. L'aide serait obtenue des divisions pertinentes du CRDI et, au besoin, de services extérieurs au Centre, pour déterminer les intrants nécessaires et le placement des candidats (de préférence dans les environnements analogues associés à ce qui existe chez eux). Dans les projets ciblés sur la santé, la formation serait donnée à des personnes bien préparées et engloberait les disciplines comme l'épidémiologie, la biostatistique, la recherche sur les systèmes de santé, y compris l'analyse des politiques de santé et les aspects économiques, l'anthropologie sociale, l'éducation à la santé, la planification et la gestion.

### Modes de formation

A partir de ce qui précède, voici ce qu'il faut préférer, comme modes de formation :

- à court terme, transfert de compétences, de préférence localement ou régionalement, à l'aide de spécialistes locaux ou régionaux si possible, sinon en faisant appel aux compétences canadiennes;
- à long terme, formation officielle, pour l'acquisition de compétences dans une discipline à l'établissement le plus approprié, compte tenu de la nécessité de diplômés d'un calibre élevé. Les critères susmentionnés s'appliqueront dans la mesure jugée nécessaire et rationnelle;
- ateliers périodiques sur des sujets précis ou pour répondre à des besoins bien définis et évidents (ex. : relations interpersonnelles, relations publiques, réceptivité culturelle, culture informatique, etc.);
- cours de rafraîchissement ou de recyclage, réunions, peut être périodiques, de préférence de portée régionale.

Il est entendu qu'on aura recours à des spécialistes reconnus et aux méthodes les plus modernes de pédagogie, y compris l'éducation des adultes et les techniques de règlement des problèmes (apprentissage par la pratique).

En ce qui a trait à toute expérience en Afrique francophone, il devrait exister d'excellentes possibilités de collaboration, aux besoins, avec des établissements canadiens francophones, particulièrement du Québec.

#### CROISSANCE DES ÉTABLISSEMENTS AIIR

Voici les mesures à prendre pour augmenter les possibilités de survie et de croissance des établissements faisant l'objet d'un projet AIIR du CRDI :

- de préférence appuyer les projets de ces établissements;
- faire en sorte que les personnes formées (provenant du pays, peut être d'un autre établissement de la région) commencent à jouer dès que possible le rôle de formateurs; (plus tard, il se peut qu'il y ait réorientation de l'aide, des établissements AIIR vers les établissements «stagiaires».)
- le CRDI doit faire connaître les établissements AIIR à d'autres sources d'aide financière, en jouant en fait un rôle de courtier;
- le CRDI doit aider à raffermir les liens (jumelage) des établissements AIIR avec d'autres établissements (canadiens), tout en évitant qu'ils soient submergés par des intérêts extérieurs;

- le CRDI doit aider (par exemple par le financement de réseaux) les établissements AIIR à créer des liens avec d'autres établissements dans d'autres régions ayant des intérêts de recherche analogues;
- le CRDI doit de même faciliter le rapprochement des chercheurs des divers établissements (AIIR et autres) et les échanges périodiques d'expérience, d'information et d'idéologie et ainsi raffermir la collaboration et le réseautage;
- le CRDI pourra favoriser la consultation régionale de la part des établissements AIIR au nom des organismes privés ou internationaux et même en faciliter l'organisation.

#### RAPPORTS ENTRE LES ACTIVITÉS AIIR ET LES PLANS RÉGIONAUX DU CRDI

Nous l'avons vu implicitement, toute initiative AIIR envisagée par le CRDI doit faire appel à la participation locale, notamment à la participation du personnel régional du Centre, certainement pour la nomination et le choix des établissements candidats. Pareille initiative doit être conforme aux plans stratégiques régionaux. Les plans régionaux sont encore au stade des discussions et de la préparation, mais en voici les grandes lignes, du moins dans la mesure où ils ont été proposés pour l'Afrique :

a) Afrique orientale et méridionale

- (i) formation, installations, matériel et fonds de recherche pour faire face à un problème majeur et mortel, l'épidémie de SIDA;
- (ii) mesures à long terme pour régler les problèmes récurrents (sécheresse, famine, malnutrition, sous-nutrition);
- (iii) efforts plus vastes pour garantir que les résultats de la recherche se traduisent par des mesures;
- (iv) recherche et mobilisation d'un soutien de relève pour les activités lancées avec l'aide du CRDI et (ou) qu'il n'est pas intéressé à (continuer à) subventionner.

Faire face à certains de ces problèmes nécessitera une adaptation politique ou économique structurelle, notamment à l'échelon national, ce qui dépasse de loin les capacités du CRDI. Cependant, notre aide matérielle et le dialogue entourant l'acheminement de cette aide pourrait avoir des effets considérable, même dans ces sphères.

L'utilisation accrue des résultats de la recherche et un domaine auquel, actuellement, le Centre commence à consacrer beaucoup d'attention, à plusieurs niveaux.

L'existence des pourparlers avec les meneurs nationaux et les groupes pertinents et aboutissant à une activité AIIR est, en soi, tout à fait capable de garantir une utilisation meilleure et plus vaste des résultats de la recherche, quelle que soit la région du monde où nous oeuvrons. Il faut également signaler que le CRDI met déjà à l'essai nombre de stratégies visant à garantir une meilleure utilisation des résultats de la recherche et que l'expérience acquise peut être appliquée à l'AIIR.

b) Afrique occidentale et centrale

Voici les activités prioritaires proposées jusqu'à maintenant pour cette région :

- (i) formation générale en techniques de recherche, à tous les niveaux (y compris les techniques d'analyse : épidémiologie, biostatistique, recherche sur les systèmes de santé);
- (ii) formation en techniques de planification et de gestion;
- (iii) recherche d'intervention, recherche opérationnelle et projets de démonstration;
- (iv) recherche sur les grands problèmes de santé (SIDA, grandes maladies épidémiques comme la maladie du sommeil ou trypanosomiase);
- (v) acquisition d'aptitudes liées à la gestion des eaux et à l'assainissement et recherches pertinentes.

Ces thèmes préliminaires donnent non seulement une idée de l'ampleur des besoins, mais font ressortir à quel point ils sont disparates, par rapport aux environnements différents, aux différents niveaux de développement des infrastructures dans diverses régions d'Afrique.

Il faut répondre à beaucoup plus de besoins d'information, soit à l'aide des données actuelles ou en menant de nouvelles recherches. La nature, l'ampleur et la complémentarité du soutien des divisions du CRDI à l'AIIR dans ces circonstances différentes devront faire l'objet d'une planification soignée.

#### Quelques exemples d'activités AIIR réelles et possibles

A l'exception de la collaboration désormais normale (pour la DSSa), notamment avec la DSSo, dans le domaine de l'élaboration des projets, la DSSa s'est lancée seule, du moins au Centre, dans plusieurs projets de raffermissement des établissements.

Mentionnons par exemple un projet en collaboration avec l'ACDI et l'Université McGill, où la DSSa subventionne la formation en épidémiologie pour le personnel du ministère de la Santé d'Éthiopie (3-P-86-0283).

Un autre projet, dont on espère tirer des leçons utiles pour l'avenir, est celui lancé au Sri Lanka (3-P-86-0125) où on compte raffermir les capacités de recherche et l'établissement par la formation et des subventions à certains projets de recherche. Le projet comporte aussi une part de soutien du programme. Parmi les collaborateurs, mentionnons l'OMS et l'Université McMaster.

Récemment, la DSSa s'est vu demander par un pays d'Afrique une aide à long terme pour la mise au point et la rationalisation d'une capacité nationale de recherche en hygiène publique. Voilà évidemment une entreprise de type AIIR où la division peut participer au façonnement du produit fini.

Dans une autre situation, où une installation dynamique de recherche en santé existe, subventionnée par le gouvernement, on a laissé entendre que le CRDI pourrait très bien collaborer au raffermissement de la capacité de recherche en sciences sociales et sciences du comportement, favorisant ainsi ses possibilités globales et multisectorielles de réseautage et sa pertinence par rapport à la société dans laquelle il existe.

En Chine, on envisage un projet (il sera présenté à la réunion de mars du Conseil : 3-P-87-1041) de formation supérieure des chercheurs en sciences de l'alimentation, combiné au soutien de certaines recherches et à une aide partielle au programme. Au Canada, la coopération a été établie avec l'Université de Toronto.

Au niveau du Centre, le thème de la nutrition est un candidat tout indiqué pour l'AIIR, avec possibilité de collaboration de la plupart des divisions, voire de toutes.

(La DSSa a aussi préparé un document sur la nutrition.)

Un autre thème du Centre actuellement en discussion sous le rapport des possibilités de développement : le logement. Ce thème se prêterait également à une collaboration multisectorielle (multidivisionnaire), véritable AIIR.



## ÉVALUATION

Même dans les circonstances les plus favorables, l'évaluation n'est pas une tâche facile. Il existe divers schémas, diverses démarches utilisées par des personnes différentes, selon leur origine professionnelle, leurs antécédents et l'objet de l'évaluation. L'essentiel, pour que l'évaluation réussisse, est qu'elle soit adéquate, bien planifiée et de préférence intégrée dès le départ, plutôt que greffée aux activités à évaluer.

Si le CROI se lançait dans des activités ATR, particulièrement à titre expérimental ou d'essai, une évaluation exacte serait alors un élément essentiel, nécessaire pour orienter toute expansion envisagée pour l'avenir.

Comme nous l'avons mentionné, il faudra d'abord dresser un plan adéquat comportant tous les éléments nécessaires, à la suite de discussions préliminaires, d'examen et d'une compilation des profils des établissements. Il faudra fixer des objectifs et mettre au point des mécanismes. Cela devrait donner lieu à des activités répétées de surveillance, de rétroinformation, de restructuration à la lumière des renseignements nouveaux. L'évaluation, à intervalles préétablis, serait confiée à une équipe mixte d'évaluation. Y figurerait au moins le CROI, les autres organismes participants, s'il y a lieu, l'établissement en question, les pouvoirs nationaux pertinents, ainsi qu'un spécialiste neutre de l'extérieur.

Sans aller trop loin dans les détails sur le plan d'évaluation le plus pertinent et le plus adéquat des activités AIIR, voici quelques exemples d'indicateurs éventuels des résultats :

- perfectionnement du personnel : nombre de postes créés, cheminement professionnel, etc.
- aide obtenue, nationale, internationale, type, quantité
- nombre de personnes formées, types
- nombre de projets entrepris, type, réussite/échec
- nombre de projets dont les résultats se sont traduits par des mesures
- nombre de documents préparés, publiés, à quel endroit
- nombre de liens créés nationalement et internationalement, nombre d'ateliers, de réunions, de cours de formation de courte durée, participants, évaluation.

Ce n'est qu'une brève liste d'indicateurs éventuels, dans un domaine qui est loin d'être facile. D'autres indicateurs seraient davantage qualitatifs, notamment : les impressions des organismes statutaires nationaux, des ministères, des établissements scientifiques, des organismes privés et bénévoles, au sujet du travail, de sa valeur et de ses conséquences sur l'établissement. Élément très important, il faudrait aussi mesurer les réactions des organismes populaires et groupes communautaires relativement à la pertinence et à l'utilité des établissements pour régler leurs problèmes et améliorer leurs conditions de vie.

Signalons que la DSSa a aussi préparé des documents sur l'évaluation et sur l'éducation en matière de santé.

LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET L'AIIR

a) Collaboration avec les autres divisions

Il est à supposer que si le Centre et la DSSa optent pour l'une ou l'autre des options précédemment mentionnées et relatives à l'AIIR, les intrants seront multidisciplinaires et comporteront à divers degrés la collaboration et la liaison interdivisionnaires, en fonction des choix particuliers. L'associé le plus évident de la DSSa est la Division des sciences sociales, dont la restructuration (en cours) facilitera probablement cette collaboration interdivisionnaire, d'une façon mutuellement complémentaire. A la lumière de la démarche globale à la DSSa en ce qui a trait aux problèmes de santé, les aspects comportementaux devront être abordés avec l'aide de la DSSo; de même, dans des problèmes comme la mortalité infantile, il faudra, comme par le passé, faire appel aux chercheurs du domaine de la santé pour compléter les travaux des démographes et spécialistes des sciences sociales de la DSSo.

Il faudra également les intrants de la Division des communications et de celle des Sciences de l'information, car la génération de l'information et sa circulation interne, ainsi que sa diffusion, sont des aspects importants pour gérer les établissements, prendre des décisions et, généralement, informer les gens. La formation dans ces domaines sera un aspect nécessaire de toute activité AIIR. En fait, ce sont exactement les domaines souvent identifiés à raffermir, dans les pays en développement. En outre, nous l'avons vu, lorsque le CRDI se mêle de formation, la DB a un rôle essentiel à jouer.

Il y a aussi des occasions, voire des nécessités appelant la collaboration de la DSAAN, particulièrement si la nutrition figure dans une activité AIIR, que ce soit au niveau du Centre ou à celui de la DSSa. De même, il y aura de nombreuses possibilités de faire appel à la collaboration de la nouvelle Division des sciences de la terre et du génie (DSTG).

Par ailleurs, compte tenu que les activités du secteur de la santé sont acceptées comme élément important dans toute initiative de développement, il est évident que cet intrant de la DSSa sera pertinent dans nombre d'activités AIIR à l'échelle du Centre.

(La DSSa a aussi préparé un document sur la coopération interdivisionnaire.)

b) Affectations budgétaires de la DSSa pour le raffermissement des établissements et la création d'une capacité de recherche

Nous avons donné précédemment quelques exemples d'activités réelles ou possibles de type AIIR faisant appel à la DSSa. Ces exemples illustrent le fait que la DSSa n'a pas seulement la volonté, mais aussi la capacité de jouer un rôle de meneur dans l'amélioration de l'état de santé des gens dans les pays en développement. L'AIIR n'est pas une nouveauté, à la DSSa.

Nous voyons, pour la décennie qui vient, diverses possibilités d'aide intégrée aux instituts de recherche, surtout dans les secteurs liés à la santé, dans 5 ou 6 endroits d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine (éventuellement en Indonésie, en Inde, en Thaïlande, dans certains des pays les plus en retard,

ou les régions les moins développées des pays les plus vastes d'Amérique latine et des Antilles).

De plus, nous avons précédemment traité du choix de deux établissements d'Afrique, pour y mener une expérience multidisciplinaire et multisectorielle de renforcement. Le calendrier sera probablement de 10 à 15 ans. La DSSa tient à apporter sa contribution dans ces activités AIIR à l'échelle du Centre, activités qui prendront probablement plus d'envergure avec le temps.

Dans le cas des initiatives AIIR à l'échelle du Centre, l'aide financière pourrait provenir de réserves spéciales et (ou) d'affectations de crédits des divisions intéressées et touchées. Si l'initiative est davantage sectorielle (divisionnaire), les fonds proviendront de tous les programmes de la division (ex. : les trois programmes de la DSSa). Dans un cas comme dans l'autre, on prévoit que la DB jouera un rôle important, compte tenu de l'envergure du projet de formation dans toute activité AIIR.

Dans les activités à l'échelle du Centre et dans les efforts AIIR à prédominance sectorielle (DSSa), sans oublier les volets habituels de raffermissement des établissements des projets de la division, la DSSa est disposée à consacrer jusqu'à 30 % de son budget : 50 % à 70 % aux deux premiers, 30 % à 50 % au dernier.

### FINANCEMENT CONJOINT

Compte tenu de la nature de l'AIIR, il se peut, dans une situation donnée, qu'il faille examiner la possibilité d'un financement conjoint. En fonction du coût et d'autres contingences, il est possible que le CRDI souhaite une collaboration et une coordination avec d'autres organismes avec lesquels nous entretenons d'excellentes relations fonctionnelles et dont la réputation est, d'après nos critères, impeccable. Leur idéologie touchant les questions de développement doit correspondre à la nôtre.

Tout engagement de leur part et de la part des autorités nationales doit être net, sans ambiguïté. Nous ne saurions nous lancer dans ces entreprises conjointes, s'il y a trop de risques et d'embûches. De même, le partage des compétences, l'autorité, le pouvoir de décision, unique ou conjoint, tout cela doit être clair et convenu au préalable. De plus, il pourra exister une garantie de contrôle local, de préférence à un contrôle de l'extérieur du pays.

Il est essentiel que les activités AIIR soient intrinsèquement souples, de sorte qu'on attache moins d'attention au strict respect des postes budgétaires qu'on ne le fait normalement, sans sacrifier les responsabilités financières.

**ACTIVITÉS CONNEXES DES AUTRES GROUPES DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

Avant de terminer, il pourrait être utile de décrire brièvement certaines activités connexes, envisagées ou en cours d'exécution par d'autres groupes du domaine de la santé.

- (i) OMS. Les deux programmes (Programme de recherche, de développement et de formation en recherche sur la reproduction humaine, PRH, et Programme spécial de recherche et de formation relatives aux maladies tropicales, RMT) favorisent à long terme le développement des établissements des pays membres de l'OMS (certains documents sont cités dans l'exposé sur l'AIIR; de plus, ces programmes ont été cités ici).
- (ii) Il existe une Commission internationale indépendante sur la recherche sanitaire au service du développement, dont le CRDI est membre de plein droit et qui envisage la création d'un mécanisme pour susciter et offrir plus de fonds qu'actuellement pour la recherche dans le domaine de la santé dans les pays en développement. Elle projette également une étude de cas sur les efforts antérieurs de raffermissement des établissements. Le CRDI devrait suivre de près ces travaux et examiner les données réunies.
- (iii) Dans le domaine de la recherche sur la contraception, la Fondation Rockefeller lance un programme de raffermissement de la recherche biomédicale dans les établissements des pays en développement, en collaboration avec l'OMS. Ultérieurement, l'aide financière portera sur les aspects comportementaux et autres de la recherche sur la

contraception et la régulation des naissances. Le CRDI doit également surveiller de près ce qui se passe en ce domaine.

- (iv) La fondation Pew s'intéresse tout particulièrement à l'analyse des politiques en matière de santé.
- (v) Il existe d'autres organismes nationaux/internationaux, bilatéraux/multinationaux qui s'occupent de raffermissement des établissements.

#### PROCHAINES INTERVENTIONS DE LA DSSA-CRDI DANS L'AIIR

Nous apportons ce point dans le contexte des recherches liées à la santé et confiant le rôle principal à la DSSa.

- a) Le CRDI devrait créer un petit groupe, composé du directeur de DSSa et (ou) de son représentant et qui, en collaboration avec deux ou trois spécialistes conseils en sciences de la santé et après séance d'orientation par le EPE, étudiera\* les activités courantes AIIR pertinentes et s'occupera de demander l'aide d'autres organismes. En plus de l'OMS et de la Commission internationale de la santé, les autres organismes éventuellement sollicitables seraient la German Technical Cooperation Agency (GIZ), la SAREC, la Fondation Ford, la Banque mondiale, l'ODA (Royaume-Uni) et le Secrétariat du Commonwealth. A leur tour, ces organismes participeraient à la mise en nomination des établissements candidats à l'AIIR.

---

\* L'examen devrait également comprendre certains modèles actuels, par exemple l'INCLEN (International Clinical Epidemiology Network et le FETP ou Field Epidemiology Training Program de la CDC, OMS).



- b) En fonction de l'intérêt suscité, on organiserait une mission conjointe des organismes intéressés, par exemple de 4 semaines, pour visiter et étudier de près, avec la participation locale et grâce à une préparation préalable adéquate, un petit nombre (4 à 6) d'universités ou d'établissements de recherche d'Afrique, naturellement avec la participation du bureau régional du CRDI.
- c) D'après le rapport de cette mission et en fonction de critères convenus, les organismes choisiraient 2 centres (1 francophone, 1 anglophone) et prendraient les dispositions précises nécessaires avec tous les intervenants afin de les utiliser comme modèles expérimentaux.
- d) Dans la préparation des plans, il faudra accorder toute l'attention qui s'impose aux liens intersectoriels.
- e) En outre, le CRDI (avec d'autres) devrait, à ce moment, s'efforcer de regrouper les ressources de divers établissements pour créer un seul institut de recherche dans le domaine de la santé.
- f) Les plans seront soumis à l'examen du Centre.

REMARQUE : 1. Les modalités détaillées pour présenter l'initiative au Conseil du CRDI seront celles suivies habituellement et énoncées dans le document sur l'AIIR.

2. Les définitions des termes utilisés aux présentes sont les mêmes que dans le document sur l'AIIR.

## Résumé

Nous avons examiné le concept du raffermissement de la capacité de recherche dans les pays en développement et donné des exemples antérieurs d'activités visant cette fin. L'un des meilleurs exemples de réussite semble se trouver dans le secteur de la santé (RMT/CMS) et nous en avons donné des caractéristiques.

Nous formulons ici des propositions sur la façon dont le Centre, qui se soucie depuis plusieurs années de trouver de nouveaux moyens de raffermir les capacités de recherche, pourrait y parvenir. Les documents du Centre ont été utiles en ce qu'ils nous ont permis de formuler ces propositions. La solution proposée est assez analogue dans toutes ses formulations, qu'on envisage un effort multidisciplinaire à l'échelle du Centre ou un projet unisectoriel. Quoi qu'il en soit, la DSSa est prête et disposée à faire sa part et en fait, montre déjà la voie (exemples donnés).

Dans le cas de la DSSa, l'objectif ultime serait, dans un sens sectoriel, de participer à l'acquisition de connaissances précises et culturellement pertinentes suscitant des changements dans les systèmes de santé et, espérons-le, capables de régler les grands problèmes de ce domaine, particulièrement ceux qui touchent les groupes les plus vulnérables de la population. En définitive, le but est d'améliorer l'état de santé des populations des plus défavorisées des pays en développement.

Dans un contexte plus vaste, multisectoriel, l'objectif de la DSSa, et des autres secteurs du CRDI, est d'accélérer le processus de développement, à l'avantage des gens. La DSSa est prête à se lancer dans les activités interdivisionnaires de collaboration nécessaires pour choisir les établissements candidats, afin de raffermir leurs capacités de recherche, à prendre les mesures adéquates nécessaires à la formation et au soutien du programme, en collaboration au besoin avec d'autres organismes, ainsi qu'à mener une évaluation appropriée des intrants et des résultats. Aspect plus important, la DSSa est prête à consacrer jusqu'à environ le tiers de ses disponibilités budgétaires à ces activités.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Report of the Advisory Committee on Medical Research, Sub-committee on Health Research Strategy for HFA/2000, OMS, Genève, novembre 1985.
2. Strategies for Primary Health Care: Technologies Appropriate for the Control of Disease in the Developing World. Walsh, Julia A. & K.S. Warren (Eds). University of Chicago Press, 1986.
3. PAHO's Orientation and Program Priorities in 1987-1990, dans le bulletin OMS 20(3), 1986, pages 320 à 329.
4. XXV Meeting of the PAHO Advisory Committee on Health Research, dans le bulletin OPS 20(4), 1986, pages 428 à 432.
5. Notes de discussion : Aide intégrée aux instituts de recherche, Groupe de travail du BPE (CRDI), MC 86/34, Octobre 1986.
6. Report of the Ninth Meeting of the Scientific and Technical Advisory Committee (STAC-9) TDR/WHO, 17-20 mars 1987; OMS, Genève.

7. Façons d'aborder le perfectionnement des instituts de recherche, Document de discussion du CRDI, Bureau de la planification et de l'évaluation, octobre 1987.
  
8. Examen de la politique et des programmes IX, 1988-1989 à 1991-1992, CRDI, août 1987.

**RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE :  
POSSIBILITÉS S'OFFRANT À LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ**

Exposé de vues rédigé pour l'étude approfondie de  
division (EAD)

février 1988

Jane MacDonald  
Ilse Zandstra

Nous aimerions remercier les personnes suivantes d'avoir bien voulu collaborer à l'examen et à la correction de cet exposé de vues :

- D<sup>r</sup> S. Bearpark, Université McMaster, Hamilton  
M<sup>me</sup> J. Cervinskaskas, administratrice de programme, CRDI, Ottawa  
M<sup>me</sup> D. Farlow, chercheuse en santé communautaire,  
Center for Research Education in  
Human Services, Kitchener  
D<sup>r</sup> M. Gomes, spécialiste des sciences sociales, Ottawa  
M. K. Hoffman, planificateur de la santé, Ottawa  
D<sup>r</sup> V. Neufeld, expert-conseil pour l'EAD,  
Université McMaster, Ottawa  
D<sup>r</sup> R.D. Smith, professeur agrégé en sociologie,  
Université York, Toronto  
M<sup>me</sup> K. Wardrop, coordonnatrice de la promotion de la santé,  
Association canadienne de santé publique  
(ACSP), Ottawa

## TABLE DES MATIERES

	Page
I INTRODUCTION.....	1
II PRINCIPALES INFLUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE L'ÉDUCATION SANITAIRE.....	3
A. INFLUENCES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE	
a. Phase de l'hygiène.....	3
b. Phase de la médicalisation.....	4
c. Phase de la modification des comportements.....	4
d. Phase de la promotion de la santé.....	6
B. INFLUENCES EN ÉDUCATION.....	9
C. INFLUENCES SOCIO-CULTURELLES.....	12
D. DÉMÉDICALISATION DE LA SANTÉ.....	12
III EXAMEN CRITIQUE DE LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.....	14
A. EXAMEN CRITIQUE DE 32 PROJETS EN ÉDUCATION SANITAIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.....	14
B. BILAN DE L'AIDE DE LA DSSa A LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE.....	15
C. ENSEIGNEMENTS A TIRER DES PROJETS RÉALISÉS.....	18
D. LACUNES ET BESOINS SE DÉGAGEANT DE L'EXAMEN CRITIQUE.....	19
IV BASES THÉORIQUES DE L'ÉDUCATION SANITAIRE.....	22
V RÔLE DE LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE.....	26
VI POSSIBILITÉS S'OFFRANT A LA DSSa EN MATIÈRE DE RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE.....	32
A. CADRE DE L'AIDE A LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE.....	32
B. DOMAINES PRIORITAIRES DE RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE POUR LA DSSa.....	39
VII RECOMMANDATIONS PRATIQUES.....	42
RÉFÉRENCES.....	i
ANNEXE.....	viii



## I Introduction

Ce document vise à proposer et à évaluer des stratégies d'aide à la recherche en éducation sanitaire à l'intention de la Division des sciences de la santé (DSSa) pour les quatre prochaines années (jusqu'en 1992).

Au cours des quatre dernières années, près de 12 % des projets financés par la DSSa comportaient un volet d'éducation sanitaire. Depuis la création du Centre jusqu'à l'année financière 1986-1987, 55 projets financés par la DSSa (soit 10 % de tous les projets financés) étaient décrits comme des projets de recherche en «éducation sanitaire». Il suffit cependant de jeter un coup d'œil même rapide sur les résumés de ces projets pour constater d'amples variations sur le plan des méthodes, des plans de recherche, des principes, des résultats et de la définition du terme «éducation sanitaire». De plus, beaucoup de ces projets présentaient un caractère pluridisciplinaire, mais étaient exclusivement confiés à des spécialistes des sciences de la santé dont le but premier était d'améliorer la santé des personnes et des collectivités. Cette mission est certes valable, mais on s'en est souvent acquitté sans comprendre comment et dans quelle mesure les facteurs culturels, sociologiques, politiques et environnementaux influent sur les comportements en matière de santé et d'entretien et de recherche de la santé. La situation a été en outre aggravée par un manque de collaboration entre les spécialistes de l'éducation des adultes et ceux des sciences de la santé.

Le moment est donc venu avec cette EAD de la DSSa de dresser le bilan des activités passées, d'évaluer les éléments d'évolution plus générale de la pratique de l'éducation sanitaire, d'examiner les principes qui ont façonné cette pratique et d'établir des priorités et des stratégies pour l'aide de la DSSa à la recherche dans ce domaine pendant la prochaine période d'étude.

Il serait cependant difficile de bien voir l'importance de la recherche en éducation sanitaire et, par conséquent, dans la DSSa sans d'abord considérer ce sujet dans un contexte plus large.

Nous nous proposons dans ce document :

- a) de faire brièvement l'historique des théories et des stratégies qui ont joué un rôle en éducation sanitaire;
- b) de présenter une analyse des principes et des stratégies actuels en éducation sanitaire;
- c) d'évaluer le rôle de la recherche dans ce domaine;
- d) de procéder à un examen critique de la recherche en éducation sanitaire dans les pays en développement;
- e) de présenter des recommandations au sujet du rôle que pourrait jouer le CRDI dans la recherche en éducation sanitaire;

- f) de présenter des recommandations concernant les orientations que pourrait adopter la DSSa en recherche dans le domaine de l'éducation sanitaire;
- g) de faire des recommandations sur les types de recherche dans ce secteur que le CRDI et la DSSa devraient encourager;
- h) d'exposer les possibilités de collaboration interdivisionnaire.

## II PRINCIPALES INFLUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE L'ÉDUCATION SANITAIRE

### A) Influences en santé communautaire

Pour bien voir comment se présente actuellement la notion d'éducation sanitaire, il serait bon d'évoquer quelques-uns des principaux événements historiques qui peuvent avoir influé sur la façon dont la société perçoit la santé. Il nous sera ainsi possible d'expliquer pourquoi il y a aujourd'hui un tel éventail d'idées concernant l'éducation sanitaire. On retrouve dans le secteur de la santé communautaire quatre grands jalons ou orientations :

- a. Phase de l'hygiène;
- b. Phase de la médicalisation;
- c. Phase de la modification des comportements;
- d. Phase de la promotion de la santé.

Ces façons d'aborder le phénomène de la santé ont été modifiées au fur et à mesure que l'expérience et la pratique venaient corriger la théorie. C'est pourquoi la théorie et la pratique de l'éducation sanitaire ont connu une évolution constante. Dans les pays en développement notamment, la culture, les croyances traditionnelles, les niveaux d'instruction, les infrastructures en place et les ressources financières disponibles sont autant de facteurs importants qui jouent dans l'entretien et l'amélioration de l'état de santé. On notera cependant que le système de santé officiel de la plupart des pays en développement repose sur des principes et des théories biomédicaux qui ont été importés des pays «développés».

#### a. Phase de l'hygiène

Au cours du dernier siècle, de grands pas ont été faits en santé préventive dans le monde industriel. Signalons par exemple que John Snow a essayé de faire fermer en 1854 la pompe à eau de Broad Street à Londres parce qu'il croyait (à l'issue d'une étude scientifique) que le choléra se propageait par l'eau potable venant de cette pompe. La notion de maladie transmise par l'eau battait en brèche la théorie qui avait cours à l'époque et M. John Snow n'a pas été pris au sérieux. Il a fallu deux autres épidémies de choléra pour qu'on lui donne raison.

A cette époque, que l'on appelle parfois la phase de l'«hygiène», les activités en santé communautaire se ramenaient largement à l'étude des conditions environnementales et sociales où vivaient les collectivités. Citons à titre d'exemple la participation des fonctionnaires d'alors à une critique des lois antipauvreté en vigueur en Grande-Bretagne à ce moment-là. On s'employait principalement à convaincre le législateur et les pouvoirs publics d'adopter des mesures, qu'il s'agisse de lois ou de création de réseaux d'égoûts, pour l'amélioration de la santé de la population.

Contrairement à ce qui se fait aujourd'hui, on négligeait souvent de faire l'éducation des membres de la collectivité. Ainsi, bien que les grandes stratégies et réalisations du siècle dernier en santé préventive aient visé à assurer une meilleure hygiène, les collectivités ne jouaient aucun rôle sauf comme utilisateur final des services fournis.

b. Phase de la médicalisation

On lie souvent la deuxième phase de l'histoire de la santé publique aux progrès technologiques et à la mise au point de thérapies médicamenteuses à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. L'accent est déplacé des mesures d'hygiène préventive du milieu de ce siècle vers la mise au point et l'utilisation d'une pharmacopée miracle. Pour la profession médicale, la santé de l'individu est devenue l'élément important et collectivités et familles sont passées au second plan.

Jusqu'à un certain point, ces conquêtes techniques ont permis de négliger ou d'oublier les causes sociales, culturelles et environnementales de la maladie. Toute l'attention se portait sur l'action vitale des antibiotiques et l'immunité à long terme assurée par l'administration de nouveaux vaccins comme celui de la variole.

Les pratiques sanitaires ont évolué : elles ont largement privilégié le diagnostic et le traitement aux dépens de la santé préventive. Les praticiens se sont transformés en diagnostiqueurs et en spécialistes de maladies déterminées. On s'attachait au problème de santé particulier de l'individu et non pas à l'état de santé de l'ensemble de la collectivité comme dans la phase antérieure de l'hygiène. A ce stade, l'éducation sanitaire mettait l'accent sur le respect des consignes médicales et l'exploitation des découvertes récentes.

c. Phase de la modification des comportements

Vers les années 1950, on s'est rendu compte de plus en plus que les solutions médicales et techniques individualisées n'étaient pas toujours la bonne réponse à des questions complexes de santé publique. Les interventions médicales et les produits pharmaceutiques représentaient des solutions coûteuses à ce qui apparaissait parfois comme des problèmes relativement simples. En 1974, Marc Lalonde, alors ministre de la Santé et du Bien-être social au niveau fédéral, a diffusé un document jalon intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Dans ce document, on mettait en correspondance la prévention et l'éducation sanitaire, d'une part, et les modes de vie favorables à la santé, d'autre part. Tout en voyant dans l'environnement un important facteur de santé, ses auteurs recommandaient que les gens et les organismes acceptent une plus grande responsabilité et deviennent plus dynamiques dans tout ce qui concerne la santé

mentale et physique. Cet exposé de vues, qui a exercé une influence sur les pratiques en éducation sanitaire dans le monde entier, reportait directement sur l'individu la majeure partie de la responsabilité en ce qui concerne les problèmes de santé. Les solutions à ces problèmes étaient également considérées comme individuelles.

La notion de mode de vie de l'individu comme facteur déterminant de son état de santé s'est répandue chez les travailleurs de la santé, mais a amené dans son sillage la pratique consistant à «blâmer la victime». On pensait que l'individu devrait avoir la responsabilité de se garder en forme, de consommer des aliments nutritifs et de mener une vie saine en général. On oubliait ainsi souvent le fait que des facteurs sociaux et environnementaux importants pouvaient empêcher la personne de pratiquer ce mode de vie «sain». L'accent a été mis sur le changement des habitudes individuelles en matière de santé, et non pas sur les facteurs socio-économiques et politiques à l'origine de la détérioration de la santé. On tenait l'individu pour responsable dans des situations qui étaient souvent à peu près indépendantes de sa volonté. L'hypothèse sous-tendant les activités en éducation sanitaire était que la personne serait en meilleure santé si elle devait seulement accepter d'agir de la manière que lui recommandaient les travailleurs de la santé.

Les modes de vie et la responsabilité individuelle avaient maintenant acquis leurs lettres de noblesse dans le jargon de la santé communautaire. Les praticiens du domaine se souciaient non seulement des risques pour la santé, mais des risques pour le style de vie; au Canada, les gens faisaient trop peu d'exercice, buvaient, fumaient et mangeaient trop. Dans les pays du Tiers-Monde, les femmes ne préparaient pas les bons aliments, les pères dissipaient dans l'alcool les maigres revenus de la famille, les mères recouraient trop peu à l'allaitement maternel, les femmes ne faisaient pas bouillir leur eau et les couples faisaient fi des impératifs de planning familial. Les individus ne comprenaient ni n'assumaient véritablement leur santé.

Pour changer les comportements «malsains» chez les gens, il était donc nécessaire de découvrir ce qu'ils faisaient, pourquoi ils le faisaient et en quoi consistait leur système de valeurs. Le modèle CAP (connaissances, attitudes et pratiques) est ainsi devenu une des bases de la démarche de modification des comportements. Ce modèle se fondait sur la simple prémisse suivant laquelle les gens changeraient leurs attitudes et à la fin leurs comportements aberrants en matière de santé si seulement ils étaient bien informés des liens entre comportement et santé.

La principale critique que l'on peut formuler à l'égard de l'orientation de la modification des comportements en éducation sanitaire est que les changements de comportement

devenaient l'objet premier des activités; il était moins important d'aider les gens à comprendre pourquoi ils étaient malades ou encore de les aider à changer des conditions personnelles et sociales préjudiciables à la santé. On continuait à voir l'individu comme essentiellement indépendant de ce qui l'entoure et libre de l'influence des événements et des processus sociaux (Crawford, 1977).

De plus, l'accent mis sur la responsabilité et les choix individuels rendait ce modèle particulièrement impropre à toute application dans la plupart des pays en développement où «les plus pauvres parmi les pauvres» n'étaient pas en mesure d'exercer un contrôle individuel quelconque sur les facteurs jouant dans la détérioration de la santé.

Comme résultat final de cette phase de modification des comportements, on a pu voir que les politiques et les pratiques qui rendent les gens malades n'ont pas été contestées, que les victimes ont dû continuer à s'accommoder bon gré mal gré des causes de la maladie et que toute prévention primaire demandait un but très difficile à atteindre (Freudenberg, 1984).

Les diverses critiques formulées et l'expérience des travailleurs de la santé, des spécialistes de l'éducation des adultes et des collectivités annonçaient l'avènement d'une nouvelle orientation en santé communautaire et en éducation sanitaire pour les années 1980.

#### d. Phase de la promotion de la santé

Les principes sous-tendant cette orientation sont plus larges que ceux sur lesquels reposaient les orientations antérieures. Devant le succès restreint des programmes de contraception de masse dans le Tiers-Monde et des programmes du genre «style de vie» dans des pays développés comme le Canada, les spécialistes de la santé ont recommencé à jongler avec les notions de la promotion de la santé.

L'idée de «choix de style de vie» pouvant être librement faits par l'individu ne tient pas suffisamment compte des réalités des conditions de vie dans le monde développé ou dans le monde en développement. Le cadre matériel et socio-économique détermine souvent dans une large mesure ce qu'une personne aura comme style de vie. Et pour la plupart des membres des couches socio-économiques inférieures, ce que l'on appelle les choix clés en matière de modes de vie, qu'il s'agisse de lieu de travail, d'habitation ou de régime alimentaire, n'ont parfois rien d'un véritable choix.

La compréhension des liens profonds entre le bien-être physique d'une personne et les circonstances où vit celle-ci a largement influé sur la nature et l'objet des interventions en santé, et notamment de celles qui comportent un élément

d'«éducation sanitaire». Cette nouvelle perception remet les activités dans le domaine de la santé dans les mains non seulement des professionnels de la santé, mais aussi des collectivités, des hommes politiques, des éducateurs, etc. On verra souvent dans le rôle des travailleurs et des éducateurs de la santé l'intervention d'un collaborateur ou d'un catalyseur de l'évolution plutôt que celle d'un simple «fournisseur» de services de santé ou encore d'un «enseignant» en matière sanitaire.

Une vue aussi large du domaine de la santé communautaire impose à la fois un fardeau et un défi à ses artisans. Comme fardeau, on a la hiérarchie héritée d'un appareil de prestation de services de santé, les diagnostiqueurs et les spécialistes venant de la phase de la médicalisation et les spécialistes en styles de vie issus de l'étape de la modification des comportements. On demande maintenant aux travailleurs de la santé d'être à l'écoute des divers facteurs qui influent sur la santé d'une personne. On les invite également à prendre une part plus active à la réalisation des projets de santé organisés par les collectivités elles-mêmes. On ne les perçoit plus comme des spécialistes de toutes les disciplines du monde de la santé. Le défi qui s'offre à la plupart des travailleurs de la santé est de se dégager des contraintes des disciplines et de travailler avec les collectivités à l'amélioration de la santé et des conditions sociales et environnementales qui influent sur celle-ci.

Il faut que et les membres des collectivités et les spécialistes de la santé comprennent et prennent en charge les principales causes de décès dans les pays en développement : diarrhée, malaria, infections respiratoires aiguës et leurs modes de transmission.

De plus, la rareté, le coût et le peu d'efficacité des services de santé «à l'occidentale» dans les pays en développement contraignent les administrateurs et les planificateurs de la santé désireux d'accroître le champ d'application et l'efficacité de leurs services à revoir leurs programmes et à engager des consultations avec les collectivités. Une des ressources les moins exploitées en santé est la capacité des membres d'une collectivité d'organiser et de réaliser des programmes de santé reposant sur leurs propres traditions, réalités et besoins.

Étant donné ces conditions et la perception nouvelle du développement sanitaire comme un processus de participation, et non pas d'acceptation passive, on croit généralement que le rôle dynamique joué par les collectivités est nécessaire au succès d'un programme de santé. Il est donc important que les villageois participent aux activités aux étapes de la planification, de la réalisation et de l'évaluation. De plus, la conception de stratégies d'éducation sanitaire dans le cadre d'une collectivité exige une connaissance détaillée et

approfondie des croyances et pratiques de ses membres concernant la santé et les soins.

La participation communautaire peut également être encouragée en fonction d'un thème de santé. Des problèmes collectifs déterminés peuvent servir de point de départ à un examen par les membres de la collectivité des contraintes et des causes et à la proposition de solutions pratiques en fonction des réalités vécues. Une des critiques formulées à l'égard de la phase antérieure de la modification des comportements était que les gens ne changent pas nécessairement leur comportement «malsain» uniquement parce que les professionnels de la santé les engagent à le faire. Divers auteurs (Tonon, Issley) ont constaté que la part active que prend une collectivité à la réalisation de programmes d'éducation sanitaire favorise les changements de comportement dans le domaine des pratiques de santé.

Le Dr Halfdan Mahler, ci-devant directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a fait observer que la santé publique est en évolution et que notre compréhension de ce qui constitue la santé s'élargit. La santé s'affirme à nouveau comme un effort collectif auquel participent toute une série d'intervenants, d'organismes et de secteurs dans la société et qui vise à créer les conditions d'une vie socialement et économiquement productive. Il a fait valoir que la santé publique doit assumer un rôle de défense et de promotion positives et actives de la santé. Elle doit permettre aux individus et aux collectivités de mettre en valeur ce que l'on pourrait appeler le «potentiel de santé» (Health Promotion, 1986, p 1).

Peut-être un des changements les plus significatifs du passage à cette mise en valeur du «potentiel de santé» réside-t-il dans la notion de promotion de la santé.

La promotion de la santé est l'activité permettant à l'individu et au groupe d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et d'améliorer de ce fait leur santé.

Il s'agit d'une stratégie de «médiation» entre la personne et son environnement ou s'allient le choix personnel et la responsabilité sociale en matière de santé pour la préparation d'un avenir où la maladie aura moins sa place. La promotion de la santé ne vise pas seulement à permettre le développement d'aptitudes de vie et de compétences collectives pouvant influencer sur les facteurs déterminants de la santé, mais se caractérise aussi par des interventions environnementales destinées à renforcer les facteurs propices à la vie saine et à changer les facteurs qui empêchent cette même vie saine (Nutbeam, 1986).



La promotion de la santé comme notion dépasse donc très largement les orientations bien circonscrites de la prévention de la maladie (phase de la médicalisation) et de l'amélioration des conditions d'hygiène (phase de l'hygiène). Elle repose sur des principes fondamentaux beaucoup plus généraux comme les orientations suivantes :

- travailler avec les gens et non pas sur eux;
- les points de départ et d'arrivée des activités sont la collectivité locale;
- prise en compte des causes aussi bien profondes qu'immédiates de la détérioration de la santé;
- équilibre du souci de l'individu et du souci de l'environnement;
- accent mis sur les aspects positifs de la santé et mobilisation de tous les secteurs de la société et de l'environnement (Nutbeam, 1986).

Dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation sanitaire a également eu à élargir son orientation et à délaisser l'exigence d'une modification des comportements individuels au profit d'une démarche plus globale fondée sur les réalités des collectivités et des personnes. Au fur et à mesure que les notions s'élargissent, les différences conceptuelles s'étendent.

Les forces en évolution du mouvement de la santé communautaire, depuis la phase de l'hygiène jusqu'à celle de la promotion de la santé en passant par les étapes de la médicalisation et de la modification des comportements, ont agi sur la pratique et la théorie de l'éducation sanitaire. Celle-ci a dû s'adapter au modèle prédominant du jour. Toutefois, d'autres facteurs n'ayant rien à voir avec la santé communautaire ont aussi façonné cette théorie et cette pratique.

## B. Influences en éducation

Dans la dernière section, nous avons tenté d'évoquer les changements d'orientation et d'accent dans le domaine de la santé communautaire qui ont influé sur la théorie et la pratique de l'éducation sanitaire.

Dans cette section, nous commenterons les éléments d'évolution dans le secteur de l'éducation des adultes qui ont exercé et devraient continuer à exercer une influence marquée sur la pratique de l'éducation sanitaire. Comme cette dernière, l'éducation des adultes peut vouloir dire bien des choses pour bien des gens.

La majorité des programmes d'éducation sanitaire intéressaient à des degrés divers une clientèle d'adultes. Cependant, le débat dont ce type d'éducation fait l'objet paraît souvent s'attacher à la santé au détriment de l'élément «éducation», et notamment des principes de l'apprentissage chez l'adulte.

Au début des années 1950, l'orientation prédominante en éducation des adultes était la modification des comportements. Selon la définition retenue par certains (Kidd, 1973), cette modification vise à changer ou à supprimer les symptômes d'un comportement non désiré et à développer des comportements plus conformes. Il ne faut pas voir une pure coïncidence dans le fait que cette orientation ait été adoptée en éducation des adultes au moment même où le secteur de la santé communautaire commençait lui aussi à mettre l'accent sur la modification des comportements dans le domaine de la santé.

Toutefois, depuis trente ans, une transition s'est opérée en éducation des adultes et on en est venu à mettre moins l'accent sur l'enseignement que sur l'apprentissage. Dans le passé, il s'agissait de transmettre des connaissances, c'est-à-dire de remplir une bouteille vide. On n'a qu'à songer aux milliers de livres et de brochures dans toutes les langues et dans tous les pays qui portent sur la façon d'enseigner, de former, d'instruire, de convaincre par une action de propagandiste. La vaste majorité traite de la façon dont un être humain peut imposer sa volonté, ses connaissances ou son savoir-faire à une autre personne. Que la démarche soit consciente ou inconsciente, la plupart ont pour objet la façon dont une communication est façonnée et dirigée, presque toujours du point de vue de la personne qui dirige ou donne cette communication (Kidd, 1973). L'accent était principalement mis sur la façon la plus efficace de changer les comportements pour que l'on achète ou adopte tel ou tel produit, message ou comportement.

Toutefois, de même que la santé communautaire a pu passer d'une modification de comportements non souhaitables à la mise en valeur du potentiel de santé des gens, de même l'éducation des adultes a pu opérer un passage de l'enseignement à l'apprentissage, qui représente une démarche plus dynamique. Les gens ne se contentent plus de recevoir passivement de l'information ou d'absorber tout simplement des données de fait. L'apprentissage est une démarche active qui comporte une analyse d'informations nouvelles sur la base des expériences et des attitudes antérieures et au bout du compte une décision d'intégrer les informations en question ou d'agir en fonction de celles-ci.

Un certain nombre de principes fondamentaux sont à la base de l'éducation des adultes comme on la conçoit à l'heure actuelle :

- la personne qui apprend est la ressource d'apprentissage la plus riche;
- l'apprentissage est lié à la vie;
- l'apprentissage ne s'impose pas;
- les gens apprennent le mieux en faisant;
- en apprenant ensemble, on peut mieux apprendre;
- les adultes apprennent le mieux lorsqu'ils ne subissent pas de stress;
- le succès renforce l'apprentissage (Cervinkas, 1984).

On ne saurait trop insister sur l'importance du mot «éducation» en éducation sanitaire. Trop souvent, on s'est plus soucié de la transmission d'un message de santé que d'analyse des orientations éducatives les plus appropriées. On a souvent supposé que quiconque s'y connaît quelque peu en santé peut «éduquer» ou enseigner; cette assertion s'est révélée fausse. L'éducation des adultes a un important rôle à jouer dans le développement des soins de santé primaires dans la collectivité. Elle informe les gens des problèmes et des solutions et aide la communauté à avoir accès aux activités dans ce domaine. Elle contribue à mobiliser les gens pour qu'ils veillent à améliorer leur propre santé et à exercer un contrôle sur celle-ci. Comme les gens se mobilisent et se sentent capables d'être maîtres de leur propre vie, l'éducation des adultes peut aider à intégrer le développement de la santé et l'activité dans les autres secteurs.

Peut-être une des personnes les plus influentes en éducation des adultes a-t-elle été Paulo Freire, un éducateur brésilien. Selon les principes adoptés par ce dernier, tous les programmes éducatifs doivent s'attaquer aux conditions du monde réel qui causent un problème (Freire, 1970). Le processus d'éducation devrait mener à l'apparition d'une «conscientisation», c'est-à-dire à une prise de conscience critique grâce à un dialogue entre facilitateur et personne en apprentissage et à des mesures prises à l'égard de problèmes que l'on a d'abord identifiés et analysés.

Freire a qualifié cette démarche éducative d'éducation de définition de problèmes et fait valoir que l'enseignant n'est plus uniquement la personne qui enseigne, mais aussi un «enseigné» à la faveur d'un échange. L'élève à qui on enseigne enseigne lui aussi. Une participation et un contrôle actifs de la collectivité font partie intégrante du processus.

La méthode «freirienne» a été appliquée avec succès dans un grand nombre de pays du Tiers-Monde dans les programmes aussi bien d'alphabétisation que d'éducation sanitaire. Pour maintes personnes, la philosophie de cet éducateur a jeté les bases du mouvement «populaire» en éducation sanitaire.

Placée dans le contexte de l'éducation populaire des adultes, l'éducation sanitaire passe d'une pure diffusion de l'information à un rôle actif consistant à aider les gens et les collectivités à comprendre et à modifier leur propre cadre social et à ainsi favoriser leur propre santé. Les démarches participatives et dynamiques en éducation des adultes cadrent bien avec les principes de la promotion de la santé (voir p. 8).

### C. Influences socio-culturelles

L'anthropologie culturelle a également exercé une influence sur la théorie et la pratique de l'éducation sanitaire. Reconnaissant que les connaissances et les attitudes jouaient un rôle important dans les pratiques de santé, les anthropologues médicaux se sont intéressés davantage à ce domaine. Les travaux portant sur les comportements de recherche de la santé et les croyances et les pratiques en matière sanitaire dans divers cadres culturels ont été abondants pendant bien des années. Ce n'est toutefois que récemment qu'on y a vu un facteur important en éducation sanitaire. Les premières recherches anthropologiques s'étaient faites en grande partie dans des collectivités tribales isolées. Beaucoup d'anthropologues négligeaient la médecine ou étudiaient le patrimoine exotique des guérisseurs populaires et des rituels de guérison pour sa valeur symbolique et religieuse plutôt que pour l'intérêt médical qu'il présentait (Kleinman, 1980). Cette orientation a peut-être amené les spécialistes de la santé à conclure que les recherches en anthropologie médicale relevaient très largement de l'excentricité et ne pouvaient vraiment être appliquées aux programmes de santé communautaire.

Toutefois, depuis 15 ans, l'anthropologie médicale a commencé à s'intéresser davantage à la santé. Les données que les études entreprises ont permis de recueillir ont confirmé le bien-fondé de la tendance au contrôle de l'état de santé par la collectivité et à la vulgarisation des connaissances. Toutes les collectivités ont eu à affronter la maladie et la mort et toutes ont trouvé leurs façons à elles d'aborder ces phénomènes, dont certaines sont fondées sur un patrimoine de croyances et d'expériences façonnées par les millénaires. Le rôle de l'anthropologie culturelle en éducation sanitaire est de découvrir comment fonctionnent ces systèmes de croyances afin de garantir le mieux possible que les interventions en éducation sanitaire seront non seulement appropriées d'un point de vue culturel, mais aussi efficaces.

### D. Démédicalisation de la santé

Au cours des années 1970, on s'est quelque peu habitué à délaisser le modèle médical et le système de soins de santé dominé par le médecin. Le mouvement féministe dans les pays industrialisés a joué un rôle particulièrement important dans cette tentative de démedicalisation des services de santé et a remis une grande partie du contrôle des soins là où il pensait que celui-ci devait se trouver, dans les mains de la population elle-même. Dans les pays développés, nous avons pu observer une multiplication des groupes d'entraide s'occupant de diverses questions sanitaires et sociales, qu'il s'agisse d'alcoolisme, d'affections chroniques, des maladies de l'enfance ou de la drogue, pour ne citer que quelques exemples. Dans les pays en développement, on a mis beaucoup plus l'accent sur la participation communautaire au contrôle des programmes de soins de santé primaires. Ainsi, on a demandé aux villageois de participer à l'exécution de ces programmes, les collectivités ont constitué des comités de santé,

les groupements de femmes ont commencé à poser des questions aux travailleurs de la santé et les pratiques des médecines traditionnelles sont devenues un élément important d'un certain nombre de programmes de soins primaires.

Tous ces mouvements ont modifié la tâche des travailleurs de la santé en éducation sanitaire et renforcé le rôle des collectivités et des individus dans le maintien et l'amélioration de leur propre état de santé. Fondièrément, ils ont aussi exercé une influence sur les programmes et les méthodes d'éducation sanitaire.

### III. EXAMEN CRITIQUE DE LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Pour mieux dégager les besoins et les lacunes de la recherche en éducation sanitaire, nous avons procédé à un examen critique de divers projets de recherche dans ce domaine dans les pays en développement. Nous avons ainsi analysé 32 projets de ce type réalisés dans le Tiers-Monde et passé en revue les recherches soutenues par le CRDI en éducation sanitaire; nous avons aussi mis à contribution d'autres chercheurs qui ont préparé des bilans d'évaluation d'activités de projets. Étant donné la façon dont la recherche en éducation sanitaire a été menée dans le passé, il n'a pas toujours été possible de montrer des effets positifs sur la santé. On pourrait en conclure que les interventions dans ce domaine ne sont pas efficaces en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé d'une population. Il est cependant plus plausible que les programmes d'éducation sanitaire n'aient pas prêté une attention suffisante à la façon dont les interventions sont organisées et réalisées, ni à ce qui se produit entre le début d'une intervention dans la collectivité et l'évaluation qui est faite par la suite. L'examen auquel nous nous sommes livrés visait à renseigner la DSSa sur les besoins et les lacunes dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire. Dans nos futurs plans, nous pourrions alors veiller à combler ces lacunes.

#### A. Examen critique de 32 projets d'éducation sanitaire réalisés dans les pays en développement

Nous avons relevé 32 articles parus qui évaluaient l'incidence des interventions en éducation sanitaire ou comportaient des éléments d'évaluation (voir l'annexe). Nous avons retenu quatre angles d'examen importants dans toute intervention dans ce domaine : la participation de la collectivité, l'intervention elle-même, la nature de l'étude réalisée et celle de l'évaluation effectuée.

**Participation de la collectivité** - Bien que l'on recommande généralement d'adapter les interventions en éducation sanitaire aux collectivités visées, nous avons découvert que cette règle n'était pas toujours respectée. Ce n'étaient pas tous les articles étudiés qui s'attachaient à l'importance des variables socio-économiques dans la planification des interventions dans ce domaine. Dans environ deux tiers des cas, les interventions étaient fondées sur une évaluation des besoins sanitaires de la collectivité, mais on ne disait pas toujours comment l'opération avait été faite.

**Interventions en éducation sanitaire** - Dans la majorité des articles examinés, on décrivait les interventions et on en indiquait le lieu, les auteurs, etc. Toutefois, la plupart renseignaient peu sur la manière dont l'intervention avait été réalisée ou sur les activités de recherche qui avaient permis de préparer et d'essayer les moyens éducatifs utilisés. De plus, aucune des études ne comparait les différents modes d'éducation susceptibles d'être choisis et l'examen se limitait aux seuls effets de l'existence ou de l'absence d'un programme d'éducation.

Cela rend difficiles les généralisations et les rapprochements entre situations ou régions.

**Plans d'étude** - Dans les articles examinés, les plans d'étude allaient des plans d'expérience aux études descriptives sans quantification de résultats. Dans la plupart des cas, l'absence de méthodes scientifiques rigoureuses (aléatorisation, contrôles, tests statistiques, retranchement des effets de confusion dans les variables et détermination des biais de mesure) et de données de référence n'aidaient sûrement pas à porter des changements positifs au compte des interventions éducatives, ni à juger des approches les plus fructueuses.

La majorité des articles examinés laissaient presque toute la place aux cadres de recherche quantitative en épidémiologie et avaient tendance à négliger les méthodes d'appréciation qualitative ou d'étude de procédés.

**Évaluation de résultats** - Bien qu'il ne soit pas toujours facile de mettre des chiffres sur les changements de comportement, c'est le plus souvent cet aspect qui servait d'étalon pour l'appréciation de l'efficacité des programmes. La progression des connaissances était aussi considérée comme un indice d'efficacité et, moins fréquemment, on faisait intervenir comme critère l'évolution de l'état de santé.

Parmi toutes les études examinées, seules quelques-unes tentaient d'évaluer un programme sous l'angle de la clientèle servie ou des avantages et des coûts.

Presque toutes les études faisaient état de résultats positifs en ce qui concerne l'évolution des connaissances, des comportements ou de l'état de santé. On pourrait y voir un biais jouant contre la communication de résultats négatifs. Toutefois, compte tenu de l'absence de plan d'étude et de mécanismes d'évaluation appropriés dans la majorité de ces projets, il est difficile d'attribuer tout changement observé à une intervention en éducation sanitaire ou de juger des orientations les plus efficaces dans ce domaine.

## **B. Bilan de l'aide de la DSSa à la recherche en éducation sanitaire**

Grâce à une consultation de la base de données du Système d'information sur les projets au moyen du descripteur «éducation sanitaire», nous avons pu constater que, depuis la création du Centre jusqu'à l'année financière 1986-1987, le Centre a financé au total 61 projets portant sur l'éducation sanitaire ou comportant un volet relatif à ce domaine. Le tableau 1 présente les données selon les divisions d'où sont venus les fonds.

Tableau 1 : Projets en éducation sanitaire par division de programme jusqu'à l'année financière 1986-1987

	DIVISION				
	COMMUNICATIONS	SCIENCES DE LA SANTÉ	SCIENCES DE L'INFORMATION	SCIENCES SOCIALES	DSAAN
Nombre de projets	3	52 2 mixtes DSSa/COMM 1 mixte DSSa/DSSo	2 mixte SI/COMM	-	-
TOTAL	3	55	3	-	-

Le tableau indique que la Division des sciences de la santé a soutenu 55 projets de recherche en éducation sanitaire ou comportant un volet relatif à ce domaine. Dans le cas des autres divisions, on relève au total 6 projets financés. Les projets de la DSSa peuvent être répartis entre quatre grands secteurs de programme pour lesquels on peut établir plusieurs sous-catégories :

Hygiène maternelle et infantile

- planning familial
- grossesse
- thérapies de réhydratation orale
- allaitement maternel
- nutrition (y compris sevrage)
- hygiène infantile (domaine général)

Maladies (transmission et lutte)

- maladies diarrhéiques et parasitiques
- maladies transmises sexuellement

Approvisionnement en eau et services d'hygiène

- éducation sanitaire
- éducation sanitaire liée à l'introduction de technologies

Recherche sur les services de santé

- services de santé
- éducation médicale

Le tableau 2 (présenté ci-dessous) récapitule ces 55 projets selon les secteurs de programme mentionnés plus haut. (Ceux-ci ne correspondent pas toujours aux secteurs antérieurement retenus pour la DSSa.) Sauf en ce qui concerne la recherche sur les services de santé, les projets se divisent presque également entre les volets de l'hygiène maternelle et infantile (19), des maladies (transmission et lutte) (15) et de l'approvisionnement en eau et des services d'hygiène (17). Près de la moitié des projets ayant pour objet l'éducation sanitaire portent également sur l'introduction de techniques relatives à l'approvisionnement en eau ou aux services d'hygiène (pompes à main ou latrines habituellement).



Tableau 2 : Tableau sommaire des projets financés par la DSSa qui portent sur l'éducation sanitaire ou comportent un volet relatif à ce domaine (depuis la création du Centre jusqu'à l'année financière 1986-1987).

Hygiène mater- nelle et infan- tile	Planning familial	Grossesse	Thérapies de réhydra- tation orale	Allai- tement maternel	Nutrition (y compris les pra- tiques de sevrage)	Santé infan- tile (domaine général)	TOTAL
Nbre de projets	1	1	4	4	6	3	19
Maladies (trans- mission et lutte)	Maladies diarrhéi- ques et parasiti- ques		Maladies transmises sexuellement				
Nbre de projets	13		2				15
Appr. en eau et services d'hygiène	Éducation sanitaire		Éducation sanitaire liée à l'introduction de technologies				
Nbre de projets	6		11				17
Recherche sur les services de santé	Services de santé		Éducation médicale				
Nbre de projets	2		2				4
TOTAL							55

Note : L'analyse présentée au tableau 2 ne vise que les résumés de projet et fait donc état de ce que l'on se proposait d'accomplir dans un projet, et non pas nécessairement de ce qui a été réalisé dans la pratique.

De plus, nous avons choisi au hasard 19 rapports techniques définitifs (liste présentée à la page xiii de l'annexe) portant sur des projets en éducation sanitaire menés à bien avec les fonds de la Division des sciences de la santé (de 1980-1981 à 1984-1985) et les avons soumis à un examen critique. Il convient d'interpréter prudemment les résultats de cet examen, car les critères régissant les projets entrepris dans ce domaine, qui privilégient maintenant la pluridisciplinarité, l'éducation des adultes et la participation communautaire, étaient différents au moment où ces projets ont été élaborés.

Grâce à notre étude, nous avons pu établir qu'une grande partie des recherches comportant un volet d'éducation sanitaire avaient pris la forme de projets pilotes, de projets de démonstration ou de projets de développement technologique. Il ne faut pas s'en étonner si on considère que le Centre a la mission d'aider à la recherche appliquée présentant un intérêt et un avantage direct pour les pays en développement. Manifestement, quand l'éducation sanitaire ne constituait pas un volet central d'un projet ou lorsqu'elle se combinait à une intervention en santé, les chercheurs ne lui accordaient pas toujours la priorité qu'ils auraient dû lui donner. Ainsi, si des activités en éducation sanitaire s'exerçaient en relation avec des travaux de construction de latrines ou d'efforts de mobilisation communautaire, on avait tendance à ne pas dresser le bilan de l'intervention en éducation sanitaire. Toutefois, si celle-ci représentait le centre de gravité d'un projet, elle était bien décrite dans les rapports définitifs.

Souvent, les chercheurs s'employaient avant tout à mettre au point une diversité de moyens d'éducation (guides, brochures, émissions radiophoniques, fiches de santé, etc.). Pour la plupart des projets, on procédait en outre à une évaluation du contenu des moyens didactiques. On ne s'attachait cependant pas aux essais préalables et aux adaptations culturelles des outils que l'on concevait. Règle générale, les rapports définitifs indiquaient que l'absence de groupes de contrôle appropriés et l'insuffisance des plans de recherche permettaient au plus de tirer des conclusions provisoires au sujet d'une grande partie des travaux de recherche effectués.

### C. Enseignements à tirer des projets réalisés

Plusieurs autres auteurs ont procédé à un examen critique des projets en éducation sanitaire. Nous résumons dans les paragraphes qui suivent certains de ces examens.

Michael Favin (1986) a analysé 12 campagnes en éducation sanitaire dans les pays en développement en vue d'une comparaison des résultats d'évaluation. Les éléments pris en compte étaient les suivants : portée, clientèle ou champ d'activité; évolution des connaissances, des attitudes et des comportements; incidence sanitaire; efficacité par rapport aux coûts. Un projet seulement, qui avait pour objet la campagne en éducation nutritionnelle

réalisée aux Philippines, tentait d'évaluer l'incidence de cette campagne sur l'état de santé. Aux yeux de Favin, le manque d'évaluation s'expliquait par le fait qu'elle était difficile à effectuer et ajoutait aux charges financières d'une campagne. De plus, relativement peu de programmes essayaient d'évaluer les effets de l'éducation sanitaire sur les comportements. La plupart des évaluations de programmes faisaient intervenir d'autres indicateurs comme la proportion de la clientèle cible ayant entendu le message, la proportion qui l'avait compris et retenu, la progression des connaissances, etc.

Janet Jenkins (1983) a évalué 17 campagnes médiatiques dans les pays en développement. Elle a été amenée à conclure que, malheureusement, les données sur l'efficacité et les coûts sont rares. Cela ne veut pas dire que les projets n'ont pas réussi, mais seulement qu'on ne disposait pas toujours d'indications sur leur réussite. Toutefois, les résultats les plus remarquables étaient obtenus lorsque l'intervention médiatique était complétée par des éléments d'appui personnel comme la consultation de travailleurs de la santé ou une correspondance avec les enseignants (en études particulières) dans le cadre de programmes d'apprentissage à distance.

Le secrétariat pour les pays du Commonwealth (Walt, 1983) a commandé une étude des activités d'éducation en santé communautaire dans 47 pays du Commonwealth. Les experts-conseils ont cherché entre autres à établir si les services d'éducation sanitaire avaient tenté d'évaluer leurs programmes. Ils ont découvert que, bien que de nombreux pays se soient efforcés d'évaluer leurs activités, cette évaluation ne revêtait aucun caractère permanent.

#### D. Lacunes et besoins se dégageant de l'examen critique

L'examen critique des projets de recherche et des études comportant une orientation en éducation sanitaire nous indique que, dans certains cas, les interventions dans ce domaine peuvent avoir des effets positifs sur les connaissances, les attitudes ou les comportements en matière de santé. Cette incidence peut à son tour se répercuter d'une manière positive sur la santé des gens concernés. Toutefois, comme nous l'avons signalé plus haut, les constatations objectives qui permettraient de confirmer ce qu'on revendique comme effets positifs sur la santé sont souvent plutôt clairessemées. De nombreuses questions demeurent sans réponse en ce qui concerne les éléments d'efficacité et d'efficience et l'efficacité par rapport aux coûts des programmes d'éducation sanitaire. La nécessité de disposer de méthodes de recherche et de techniques d'évaluation appropriées est manifeste. Il n'y a pas que le besoin de plans d'expérimentation et d'évaluation quantitative plus rigoureux, on se doit de prêter une plus grande attention aux méthodes d'appréciation qualitative ou d'étude de procédés. C'est le point principal, mais il y a d'autres aspects négatifs que nous aimerions mettre en évidence dans chacune des catégories définies plus haut.

### La collectivité

Comme nous l'avons déjà indiqué, la participation de la collectivité joue un rôle important dans le succès des programmes d'éducation sanitaire. Il ne semble pas cependant que beaucoup de collectivités aient été activement associées à la planification, à la réalisation ou à l'évaluation des programmes d'éducation sanitaire qui les visaient; on se serait contenté de les considérer comme un «groupe cible» ou un simple «réceptacle». Nous devons, par conséquent, chercher à établir quelles sont les façons les plus efficaces de faire participer la collectivité à la définition de ses problèmes de santé, à la réalisation des programmes et à l'évaluation de l'incidence des interventions en éducation sanitaire sur les priorités en santé communautaire. Les méthodes d'étude qualitative occuperont une place importante dans cette démarche.

De plus, un domaine prioritaire de recherche en éducation sanitaire est celui des chevauchements ou des conflits entre les besoins perçus par les gens et les besoins évalués par les épidémiologistes. Comment parvient-on à un moyen terme?

### Interventions en éducation sanitaire

On doit s'attacher beaucoup plus à l'aspect «procédés» des activités en éducation sanitaire. On doit élaborer des indicateurs de procédés et effectuer une analyse des méthodes de communication les plus efficaces pouvant être employées dans une situation déterminée. Plutôt que de privilégier uniquement le contenu, on doit prêter une plus grande attention aux méthodes appliquées, aux façons de procéder et aux effets des relations personnelles.

### Évaluation

Il faudra plus de recherches pour mieux comprendre les liens entre connaissances, attitudes, pratiques et comportements. Dans le domaine de l'éducation sanitaire, on a tendance à s'interroger sur les effets des attitudes sur les comportements et vice versa. C'est un aspect qu'il faudra explorer davantage. De plus, il faudra entreprendre des études permettant d'évaluer aussi bien l'efficacité proprement dite que l'efficacité par rapport aux coûts des diverses méthodes d'éducation sanitaire. Cela est particulièrement important si on entend reproduire les programmes sur une échelle plus vaste. Tout le domaine de l'évaluation présente un intérêt capital pour l'éducation sanitaire et est probablement un des plus difficiles à aborder. Jusqu'ici, la recherche a porté sur des variables quantitatives «dures», maintenant il faudra incorporer à l'analyse des indicateurs relevant de l'étude des procédés et de l'appréciation qualitative.

Cet examen critique nous a donné des indices actuels de l'état de la recherche en éducation sanitaire. Sur cette base et compte tenu des influences historiques, il est maintenant possible d'élaborer une politique pour la DSSa.

#### IV. BASES THÉORIQUES DE L'ÉDUCATION SANITAIRE

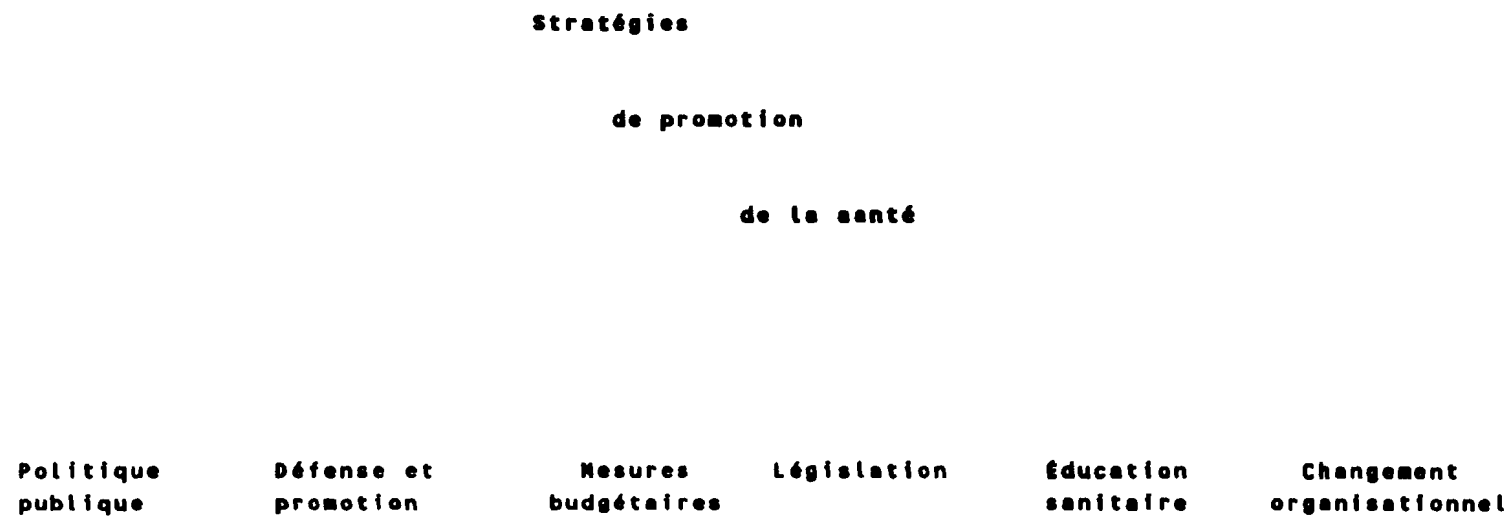
L'accord d'Alma Ata signé en 1978 consacrait le droit et le devoir des gens de participer individuellement et collectivement à la planification et à la prestation de leurs services ou soins de santé et voyait dans l'éducation ayant pour objet les problèmes de santé dominants et les méthodes de prévention et de lutte à appliquer la première des huit activités essentielles en soins de santé primaires (OMS, 1983, p. 8).

Toutefois, dans le nouveau cadre de la promotion de la santé, où l'éducation sanitaire trouve-t-elle sa place et quelle signification a-t-elle?

La philosophie de la promotion de la santé représente une démarche socio-écologique et à orientation communautaire en ce qui concerne la santé. Plutôt que de chercher des solutions individuelles à des problèmes individuels, elle essaie de dégager des réponses et des actions de la collectivité en fonction des problèmes communautaires et sociaux (qui influent également sur les comportements individuels).

On a souvent considéré la promotion de la santé comme une grande activité multiple d'où émanaient diverses stratégies. La figure 1 indique, sur le plan des concepts, la place que l'éducation sanitaire est appelée à occuper dans le cadre général de la promotion de la santé et quelles autres stratégies s'insèrent dans ce même cadre. On doit se rappeler que toutes ces stratégies visent à la promotion de la santé, une activité devant permettre à l'individu et à la collectivité d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur état de santé et, par conséquent, d'améliorer celui-ci.

Figure 1\*



\*Schéma (modifié) tiré de «Re-stating the case for health education», de Ken Allison, Sandy Bollenbach, Ann Pederson et Barbara Davis, 16 novembre 1987, document non édité.

Ces stratégies de promotion de la santé ne s'excluent pas les unes les autres, elles sont fortement liées entre elles. Toutefois, le point important est que l'éducation sanitaire trouve sa place dans un cadre général. Ce n'est qu'une des stratégies qui peuvent être retenues dans une démarche d'amélioration de la santé. Il est possible que l'on doive songer à d'autres stratégies comme celles de la modification des politiques publiques ou des changements budgétaires. Des notions comme celles de la coordination des politiques en santé publique, de la création d'un environnement sain et de la «responsabilisation» ou de la «capabilisation» des collectivités, qui sont les fleurons emblématiques et terminologiques de ce nouveau mouvement de promotion de la santé, ont été adoptées après une analyse des divers facteurs ayant une incidence sur la santé.

Dans cette nouvelle ère de promotion de la santé et d'éducation des adultes, comment devrions-nous définir l'éducation sanitaire? Nous proposons que la DSSa adopte la définition fonctionnelle suivante :

**Par éducation sanitaire, nous entendons les expériences d'apprentissage destinées à appuyer et à mobiliser les individus ou les collectivités dans le contrôle de leur propre santé selon la définition qu'ils en donnent.**

Cette définition replace l'éducation sanitaire dans le cadre social plus général de la promotion de la santé. L'accent est foncièrement mis sur la participation collective et individuelle, on tient compte des contraintes sociétales et environnementales et on veille enfin à promouvoir l'action en santé préventive. Le domaine de l'éducation des adultes fait écho à cet égard à celui de l'éducation sanitaire par son déplacement du centre de gravité de l'apprentissage individuel à l'apprentissage collectif.

Dans le cadre théorique des soins de santé primaires (SSP), l'éducation sanitaire occupe une place importante. Elle aide l'individu et la collectivité à comprendre leurs problèmes de santé, à voir quels mécanismes permettraient de s'attaquer à ces problèmes et d'établir leurs propres priorités. Elle fournit aux gens des informations qu'ils pourront utiliser pour améliorer leurs conditions sanitaires. De plus, grâce aux techniques de l'éducation des adultes, les collectivités devraient commencer à se livrer à un examen critique de leurs propres conditions de vie et à proposer des solutions de rechange. Aujourd'hui, l'éducation sanitaire ne se contente plus de fournir des données de base aux gens. Elle entre dans un processus qui donne aux gens la possibilité d'acquérir les ressources, les techniques, les compétences et les appuis politiques qui rendront le changement possible.

Beaucoup de programmes réalisés en santé communautaire font maintenant valoir l'importance de l'éducation sanitaire par opposition aux



interventions médicales. On reconnaît maintenant que les collectivités entretiennent tout un système d'opinions et de pratiques en matière de santé qui n'a rien à voir avec le modèle biomédical à l'occidentale. Les travailleurs de la santé connaissent encore très peu ces «systèmes de croyances». On admet aussi maintenant que les collectivités doivent jouer un rôle dynamique dans tout ce qui est éducation sanitaire et que l'amélioration des conditions de santé passe nécessairement par la transformation des environnements malsains. Pour certains problèmes de santé comme le SIDA, l'éducation sanitaire est tenue pour le principal moyen de lutte contre la propagation de la maladie.

Il semblerait que l'éducation sanitaire en vient à occuper une place plus importante dans tout programme SSP. On peut toutefois se demander comment cette activité est planifiée, réalisée et évaluée?

## V. ROLE DE LA RECHERCHE EN EDUCATION SANITAIRE

Comme le secteur de la santé communautaire, les spécialistes de l'éducation des adultes et les collectivités elles-mêmes ont plaidé en faveur d'un rôle plus important et plus dynamique de la collectivité dans la mise en valeur du potentiel de santé, les efforts de promotion de la santé ont de plus en plus et nécessairement mis l'éducation sanitaire au service de la réalisation de ce but. Les praticiens de la santé et les agents d'éducation des adultes fraieraient ensemble une voie où il n'est plus possible d'adapter et d'utiliser tout simplement les outils du passé dans la recherche de solutions aux problèmes qui se posent dans la pratique. On demande aux praticiens de la santé de sortir de leurs disciplines biomédicales et de comprendre le comportement humain et le processus de changement; on invite les agents d'éducation des adultes à comprendre les collectivités, leurs priorités en matière de santé et leurs collègues praticiens et à faciliter le dialogue entre les deux groupes. Pour ce faire, ils doivent dépasser eux aussi les frontières des disciplines et encourager la communication entre les praticiens et les représentants des collectivités.

Il n'y pas de règle pratique unique à suivre en la matière. Collectivités, praticiens de la santé et agents d'éducation des adultes doivent expérimenter ensemble des approches qui puissent se révéler significatives pour les cultures et les traditions particulières de l'environnement socio-économique de paupérisme servant de cadre à un grand nombre de projets réalisés dans les pays en développement.

Dans ce contexte, peut-être un des aspects les plus importants d'une telle démarche par tâtonnement est-il les questions portant sur l'efficacité, le comment et le pourquoi de l'éducation sanitaire. En situation de compressions budgétaires, l'éducateur sanitaire doit être capable d'évaluer si ses programmes fonctionnent ou non et pourquoi. Dans le passé, l'étalon du succès des programmes d'éducation sanitaire était souvent l'évolution vérifiable quantitativement des attitudes et des comportements en matière de santé que ces programmes avaient pu provoquer. Malheureusement, surtout dans le cas des programmes à orientation communautaire, il a été difficile de bien faire voir les succès à l'aide de ce type de données épidémiologiques «dures». Les conditions diverses et complexes qui contribuent à la détérioration de la santé et les périodes de développement des maladies et de régression de l'endémicité dans les collectivités font des variables épidémiologiques des indicateurs peu sûrs de l'efficacité des programmes d'éducation sanitaire. Il est maintenant nécessaire d'examiner le rôle de l'éducation sanitaire sous divers angles et de se donner des critères d'évaluation de procédés plus appropriés afin de mesurer les résultats et le pourquoi des interventions dans ce domaine dans une situation donnée.

La recherche en éducation sanitaire est complexe. L'étude doit non seulement porter sur les variables de mesure quantitative de résultats épidémiologiques, mais aussi sur des variables d'évaluation de procédés et des éléments d'appréciation qualitative. Pourquoi certains programmes donnent-ils des résultats? Quelles influences

amènent les collectivités à changer leurs pratiques de santé? Pourquoi un certain mode d'éducation fonctionne-t-il? Quelle incidence peut avoir le cadre de vie? Quelles devraient être les caractéristiques des éducateurs? Voilà autant de questions auxquelles il faut répondre.

La recherche est un élément essentiel de l'élaboration de programmes d'éducation sanitaire appropriés d'un point de vue communautaire. Toutefois, où la recherche s'insère-t-elle dans le processus d'éducation sanitaire?

Lorsqu'on songera à un programme de santé communautaire quelconque, il faudra franchir diverses étapes de planification. A chacun de ces stades apparaîtront des questions qui devront faire l'objet d'une recherche. Les programmes d'éducation sanitaire devront peut-être passer par beaucoup de ces mêmes étapes. Chaque projet aura ses propres caractéristiques communautaires et ses orientations particulières et il ne faut pas oublier que tout programme de santé se déroule dans un certain cadre politique, économique, social et technologique. Voilà autant de facteurs qu'il faudra prendre en considération au moment de mettre au point des stratégies.

La figure 2 à la page 28 présente un cycle de planification en santé communautaire. Les étapes indiquées peuvent aussi se retrouver dans une démarche d'élaboration de programmes en éducation sanitaire. Le cercle extérieur décrit les réalités sociales, économiques, politiques et technologiques qui influencent toutes les collectivités; le cercle intermédiaire présente le cycle de planification et le cercle intérieur nous dépeint un mécanisme permanent d'évaluation de procédés.

A chaque stade du cycle de planification en santé communautaire, on aura sans doute à examiner des questions de recherche particulières en éducation sanitaire. Voici quelques exemples de ces questions :

a) Identification des besoins ou des possibilités

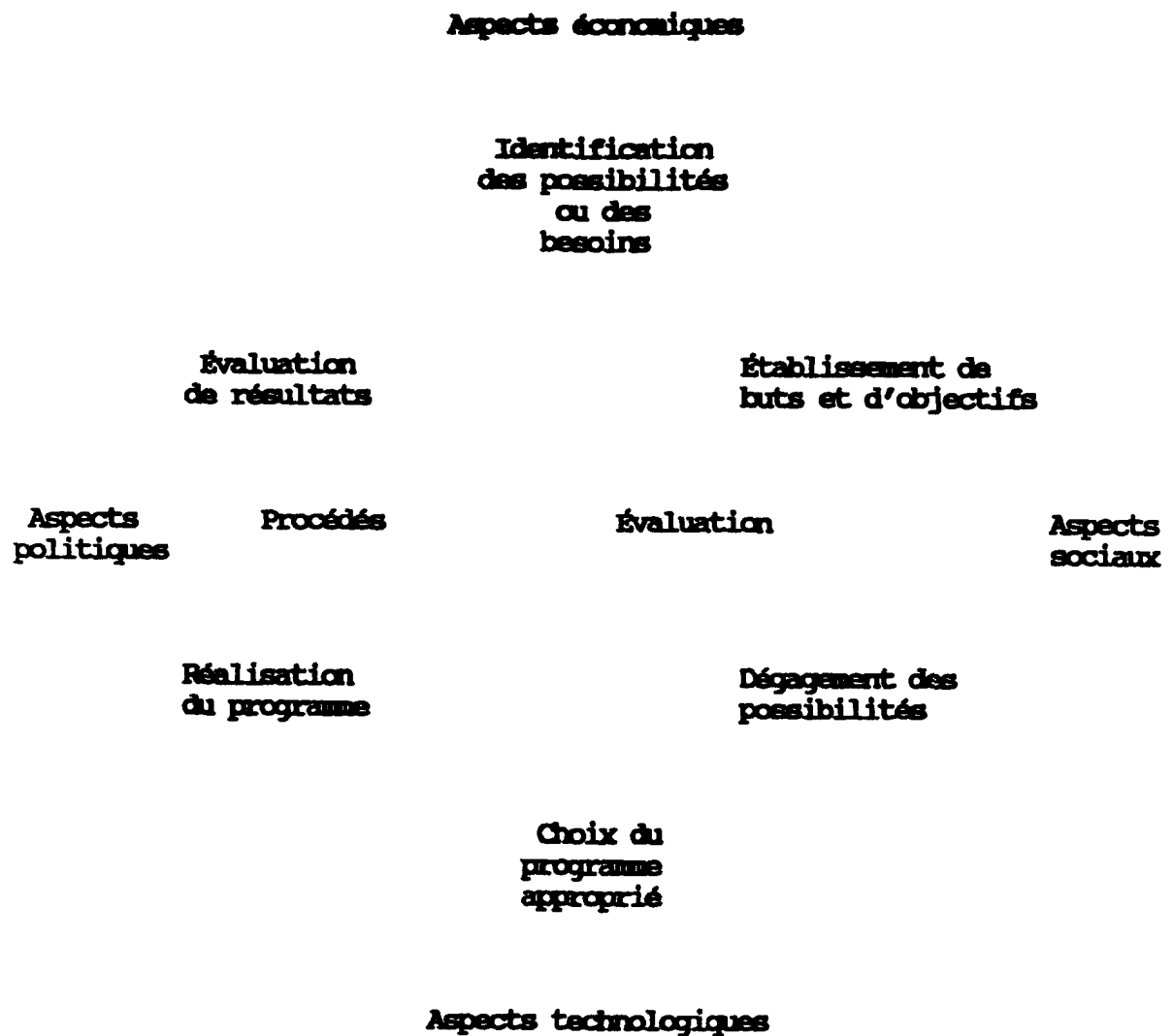
- quels sont les problèmes de santé qui se posent?
- quelles sont les croyances et opinions traditionnelles en matière de santé?
- comment la collectivité perçoit-elle les conditions sanitaires?
- que veut la communauté au moment où nous sommes? Que sera-t-elle prête à accepter?
- quelles sont les priorités de l'éducateur?

b) Établissement de buts et d'objectifs

Buts et objectifs détermineront les critères de réussite du programme. Les travailleurs communautaires et les travailleurs de la santé doivent collaborer à l'établissement de buts communs : comment cela se fait-il? quelle est la manière de procéder?

Figure 2

CYCLE DE PLANIFICATION EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE



c) Dégageant des possibilités

- quel contenu conviendrait aux objectifs?
- à quels méthodes et modes de communication devrait-on recourir?
- qui peut le mieux coordonner l'intervention?

d) Choix du programme et des orientations appropriés

- comment une collectivité choisit-elle le programme le plus approprié?
- quelle est l'expérience des autres groupes?
- quel programme convient le mieux aux objectifs?

e) Réalisation du programme

- où et comment le programme sera-t-il réalisé?
- qui participera?
- comment élaborera-t-on le contenu?
- sur quelles expériences le groupe peut-il compter?
- quel rôle joueront les travailleurs de la santé et les membres de la collectivité?

f) Évaluation de procédés

- comment le programme a-t-il été réalisé?
- quelles interactions se sont révélées efficaces?
- comment la collectivité a-t-elle participé?
- le message a-t-il été compris?
- quelle clientèle le programme a-t-il atteinte?

g) Évaluation des résultats

- le projet a-t-il atteint ses buts? Quelles sont les raisons du succès ou de l'échec?
- quelle a été l'incidence du projet sur la collectivité?

Compte tenu de ces points de concentration possibles de la recherche dans un projet d'éducation sanitaire, on devrait s'attacher à deux secteurs au moment d'envisager de telles recherches.

On devra examiner diverses méthodes en prévision de recherches en éducation sanitaire. Les techniques de mesure quantitative et épidémiologique nous fournissent des indicateurs de référence et d'évaluation utiles, mais elles ne peuvent à elles seules nous procurer les informations fines dont nous avons besoin pour planifier et évaluer les programmes. C'est là que les méthodes de recherche qualitative et participative peuvent nous venir en aide. Elles permettent de jeter un regard plus pénétrant sur les collectivités et encouragent également une participation plus active de celles-ci aux activités de recherche, d'intervention et d'évaluation. Ces diverses

méthodes sont complémentaires et ont chacune des informations propres à nous fournir.

L'éducation sanitaire exige souvent une information détaillée et approfondie et on s'éloigne ainsi des résultats généraux et superficiels que produisent les enquêtes quantitatives menées rapidement. On a besoin de renseignements sur les variations, le contenu et les lignes de force des opinions et croyances; ce genre de données se prête difficilement à une quantification, mais est essentiel au succès des programmes d'éducation sanitaire. Ainsi, dans les interviews effectuées auprès des femmes (qui sont souvent chargées des soins et de l'alimentation des enfants dans la famille aussi bien dans les pays développés que dans les pays du Tiers-Monde), les renseignements que l'on communique à un étranger sont souvent différents de ceux que l'on livre à un ami en qui on a confiance; une enquête aura beau techniquement faire le tour d'une collectivité, la représentativité des résultats pourra laisser à désirer sur le plan fonctionnel si un groupe particulier ne parvient pas à s'exprimer librement dans certaines conditions (Ramakrishna, 1987).

L'évaluation est un aspect particulièrement important de tout programme d'éducation sanitaire. Beaucoup de programmes n'ont pas l'information qui permettrait une évaluation de leurs résultats. Les budgets étant souvent serrés, il importe que chercheurs et directeurs de programme mettent au point des critères d'évaluation continue sur lesquels pourra s'appuyer l'évaluation ultérieure d'un programme d'éducation sanitaire. La bonne information de référence ne doit pas porter exclusivement sur les phénomènes de la morbidité et de la mortalité. On devrait recueillir plus de données sur des indicateurs qualitatifs de la santé, sur la motivation et la compréhension. Et avec le passage qui s'opère vers un cadre général de promotion de la santé, l'évaluation de procédés en vient à occuper une place beaucoup plus importante, surtout lorsque la collectivité prend une part active aux activités.

Il y a une question importante que l'on doit se poser : qui fera l'évaluation? Idéalement, les membres de la collectivité devraient être mis à contribution et, dans certains cas, devraient effectuer leur propre évaluation. Dans un processus de ce genre, il faut des chercheurs qui connaissent et acceptent les principes et les techniques de l'apprentissage en éducation des adultes.

La recherche en éducation sanitaire est complexe et demande la collaboration de nombreux intervenants : spécialistes de la santé, éducateurs sanitaires, éducateurs, sociologues, anthropologues, organisateurs communautaires, spécialistes des communications et, bien entendu, les membres des collectivités eux-mêmes. Comme celles-ci sont invitées à prendre une part plus active aux soins de santé qui leur sont destinés, on devra leur donner la possibilité de participer à la recherche en éducation sanitaire, ce qui exigera du chercheur qu'il possède les qualités d'un agent d'éducation des adultes ou puisse collaborer avec les éducateurs de ce domaine. Pour que puissent

être mis au point des programmes d'éducation sanitaire vraiment efficaces et appropriés, les chercheurs devront commencer à utiliser des méthodes novatrices et à travailler en liaison étroite avec les collectivités. Il convient cependant dans ce genre de démarche de pionnier d'appuyer et d'encourager ces mêmes collectivités et chercheurs novateurs. L'évaluation doit être privilégiée et on doit inciter les gens à partager leurs expériences. Si on ne se soucie pas de ces aspects, la recherche en éducation sanitaire aura tendance à marquer le pas.

## VII POSSIBILITÉS QUI S'OFFRENT À LA DSSa DANS LE DOMAINE DE LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE

Pour dégager les possibilités et les priorités pour les activités de la DSSa dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire, nous avons dû prendre un certain recul et examiner les principaux facteurs qui déterminent les aspects théoriques et pratiques de ce type d'éducation. Nous avons en outre procédé à un examen critique des projets menés à bien ou en cours de réalisation dans ce domaine. Voici quelques-unes des grandes questions auxquelles devra s'intéresser la DSSa :

- quel accent la Division entend-elle mettre sur la recherche en éducation sanitaire?
- quels seront les secteurs prioritaires de financement de la recherche?
- quels seront les mécanismes de financement adoptés?

### CADRE DE L'AIDE DE LA DSSa À LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE

Certains chercheurs considèrent l'éducation sanitaire comme un secteur prioritaire de recherche. Les principes des connaissances et de la participation viendront déterminer ce qu'un programme de soins de santé primaires pourra accomplir. Toutefois, la façon dont la collectivité et l'individu apprennent, la façon dont ils participent et la façon dont on peut planifier et élaborer des programmes à orientation communautaire plus efficaces, ce sont là autant de questions où le CRDI peut apporter une contribution utile. On ne peut douter de la nécessité d'une éducation sanitaire novatrice et globale. La façon de s'y prendre dans la pratique pour les chercheurs n'est pas aussi évidente.

Nous avons vu dans l'éducation sanitaire une des stratégies entrant dans le cadre général de la promotion de la santé (voir p. 22). De plus, nous avons défini l'éducation sanitaire dans un cadre socio-écologique comme les expériences d'apprentissage destinées à appuyer et à mobiliser les individus et les collectivités dans le contrôle de leur propre santé selon la définition qu'ils en donnent. On doit toutefois reconnaître que, bien que l'on fasse « officiellement » la promotion de ce cadre global à orientation communautaire, les programmes d'éducation sanitaire réalisés ne traduisent pas nécessairement cette évolution des principes.

Nombreux sont les programmes réalisés dans ce domaine dans le Tiers-Monde qui continuent à privilégier une démarche de diffusion ou d'enseignement. Citons dans le premier de ces cas l'exemple des campagnes de communication de masse servant à la promotion de l'utilisation de contraceptifs et des thérapies de réhydratation orale et, dans l'autre, les programmes d'éducation relatifs aux affections diarrhéiques où on enseigne aux mères comment se laver les mains, laver les aliments et faire leurs besoins dans des latrines dans l'espoir de freiner la propagation de la diarrhée chez les enfants. Peut-être le fil conducteur commun de ces programmes est-il le degré



de participation de la collectivité ou du groupe «cible». Le contenu sera sans doute un peu partout le même.

Une des grandes difficultés de l'éducation sanitaire est que les gens ont tendance à la définir de toutes sortes de façons. Lorsqu'un spécialiste de l'éducation populaire parle d'éducation populaire en santé, sa perception sera sans doute très différente de celle de l'infirmière qui veut communiquer des renseignements d'ordre sanitaire à une mère qui attend un enfant. Les difficultés sémantiques ont créé malentendus et confusion parmi les travailleurs de la santé, les collectivités et les éducateurs.

Sur la base de l'expérience et des priorités de la DSSa, nous aimerions proposer la classification suivante pour les projets de recherche en éducation sanitaire. Compte tenu des diverses interprétations et orientations caractérisant ce domaine, nous avons dégagé les cinq lignes de force les plus courantes (voir la figure 3). Tous les projets comportant un volet d'éducation sanitaire devraient se rattacher à une de ces catégories. Ce cadre permettra à la DSSa de voir où elle peut mettre ses priorités et ses ressources.

FIGURE 3. ORIENTATIONS EN ÉDUCATION SANITAIRE

PROMOTION DE LA SANTÉ

ÉDUCATION SANITAIRE

Orientation didactique	Orientation communautaire ou populaire	Orientation scolaire	Orientation en communication de masse	Orientation non structurée
---------------------------	--	-------------------------	---	-------------------------------

Dans chacune de ces orientations, on doit viser à atteindre progressivement le but de la promotion de la santé. Cependant, chaque orientation aura ses propres points forts et faiblesses et ses questions et priorités à soumettre à l'examen du chercheur. On doit se rappeler que les buts et objectifs de chaque programme d'éducation sanitaire détermineront l'orientation à adopter.

a. Orientation didactique en éducation sanitaire

Cette orientation vient de la phase de la modification des comportements en santé communautaire. C'est le type de communication en éducation sanitaire qui fait intervenir l'«enseignement». Il s'agit d'un mode d'apprentissage structuré portant sur un aspect quelconque de la santé et qui fait habituellement de la personne qui apprend un intervenant passif dans le déroulement des activités. C'est par ce moyen que les travailleurs de la santé essaient souvent de «transmettre leur message», qu'il soit question de lavage des mains, d'allaitement maternel, d'immunisation ou d'utilisation de condoms.

Dans ce genre de démarche, on met beaucoup l'accent sur le contenu du message. En fait, la plupart des programmes d'éducation sanitaire réalisés dans cette catégorie auraient pour objet principal un problème de santé, les maladies diarrhéiques, par exemple. On attache moins d'importance à la façon de communiquer le message ou à l'interaction personnelle entre enseignants et enseignés. Dans une telle relation, l'enseignant est la personne qui a l'information, il est le spécialiste et, de son côté, la personne qui apprend est celle qui a besoin d'apprendre quelque chose, contenu que le spécialiste a souvent pris soin de bien définir au préalable. L'écrit et la présentation audio-visuelle sont couramment utilisés dans des cas de ce genre. Les évaluations utilisent habituellement des variables de résultats et ont tendance à négliger les indicateurs de procédés.

Dans ce type de démarche, on définit souvent mal le rôle de la collectivité. Comme beaucoup de ces projets mettent l'accent sur les maladies ou le contenu, la collectivité peut ne pas être définie par des critères géographiques, mais consister plutôt en des gens souffrant des mêmes ennuis de santé et qui ont été regroupés à des fins particulières. Songeons par exemple aux mères désireuses d'utiliser les services prénatals d'un hôpital de district et que l'on réunit avant qu'elles ne se présentent à leur rendez-vous pour leur enseigner les rudiments de la nutrition.

La DSSa a financé divers projets relevant de cette orientation, et notamment les projets suivants : grossesses à hauts risques (Indonésie), 3-P-84-0003; programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (Philippines), 3-P-84-0028; lutte contre la filariose (Indonésie) 3-P-85-0340.

Voici quelques questions de recherche pouvant être abordées dans le cadre de cette orientation :

- façon d'établir les besoins d'apprentissage d'un groupe très diversifié;
- façon de planifier les programmes en fonction de ces besoins;

- utilisation de méthodes d'enseignement non classiques;
- production de moyens d'éducation populaire (écrits et présentations audio-visuelles) appropriés du point de vue des cultures et des collectivités;
- façons (méthodes) de faire face à des situations difficiles en ce qui concerne le milieu (salles d'attente surpeuplées, bancs peu confortables, etc.);
- façons appropriées de soumettre tout nouveau programme à des essais préalables;
- façon de réaliser des évaluations permanentes pour assurer la bonne marche d'un programme;
- comment adapter un programme type (contenu) à des groupes culturels très différents;
- établissement d'indicateurs d'évaluation appropriés (aussi bien pour les résultats que pour les procédés);
- essai de méthodes permettant de faire participer davantage la clientèle visée à la réalisation d'un programme;
- établissement des coûts et des avantages d'un programme;
- comment former les agents d'éducation sanitaire travaillant dans un milieu.

b. Orientation communautaire ou populaire en éducation sanitaire

Cette orientation nous vient des travaux de Paulo Freire en Amérique latine ainsi que des expériences faites en éducation des adultes aussi bien dans les pays développés que dans le Tiers-Monde. Depuis dix ans, avec l'accent mis sur les soins de santé primaires (SSP), l'éducation populaire en santé est devenue un des principaux éléments du cadre de promotion de la santé.

Un des principes fondamentaux des SSP est la participation active des collectivités à la planification, à la réalisation et à l'évaluation des programmes d'éducation sanitaire. Les tenants de cette orientation s'emploient à favoriser l'action communautaire et à mobiliser les ressources locales pour la solution des problèmes de santé se posant à l'échelle de la collectivité.

On compte divers intervenants dans cette orientation, dont les travailleurs de la santé, les membres de la collectivité, les agents d'éducation des adultes et les spécialistes des sciences sociales.

Les projets représentatifs de cette orientation sont souvent de petites initiatives locales. Ils peuvent être lancés par les groupements communautaires eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'organismes non gouvernementaux (ONG). Chaque collectivité a des problèmes de santé et une histoire sociale qui lui sont propres et devra trouver des solutions appropriées à ses problèmes.

Dans cette orientation, on met l'accent aussi bien sur la manière de procéder et les interactions personnelles que sur

le contenu. La DSSa a financé plusieurs projets réalisés selon ce mode d'intervention, et notamment les projets suivants : Les femmes, l'eau et l'hygiène : un projet de recherche-action, 3-P-85-0185; Les femmes et le développement communautaire (Asie), 3-P-87-0033.

Voici quelques questions de recherche qui pourraient relever de cette orientation :

- élaboration de méthodes visant à encourager la participation communautaire;
- formation des éducateurs devant participer à des projets d'éducation en santé communautaire;
- analyse de la façon dont les collectivités s'occupent de leur propre santé et des maladies auxquelles elles sont exposées;
- évaluation de l'efficacité par rapport aux coûts des initiatives à orientation communautaire;
- évaluation de la possibilité de reproduire les initiatives à orientation communautaire;
- mise au point de méthodes d'évaluation appropriées avec la participation des collectivités;
- comparaison des diverses techniques d'éducation populaire en santé (sociodrames, mises en situation, sculpture, etc.).

c. Orientation scolaire en éducation sanitaire

Dans cette orientation, le cadre de communication est l'école et on entend par là les établissements des niveaux préscolaire, primaire et secondaire. La démarche scolaire en éducation sanitaire consiste en activités d'éducation sanitaire faisant partie de programmes d'études. Dans une orientation de ce type, on met habituellement l'accent sur les contenus appropriés aux divers âges et les méthodes de communication efficaces. Des moyens comme les écrits et les présentations audio-visuelles occupent une place importante.

Cette orientation n'a été privilégiée ni par le secteur de la santé ni par celui de l'éducation. Dans la plupart des cas, elle s'est développée au gré des possibilités. Dans les programmes d'études, on trouve fréquemment des informations d'ordre sanitaire qui ont perdu toute actualité, le moyen didactique que représente l'écrit n'est pas présenté efficacement et les enseignants sont souvent mal préparés à aborder les questions de santé.

On semble cependant avoir de plus en plus conscience de l'importance de l'éducation sanitaire pendant l'enfance et l'adolescence. Cette sensibilisation se manifeste par un intérêt croissant pour les programmes d'études appropriés et novateurs et les méthodes de communication laissant une place au plaisir. Diverses écoles du continent africain examinent la façon dont elles pourraient établir des liens avec les

organismes de santé à vocation communautaire (Sheffield, 1987).

La DSSa a financé plusieurs projets relevant de cette orientation, et notamment les projets suivants : Échange d'information avec les enfants du Kenya, 3-P-84-0030; Éducation sanitaire au niveau préscolaire (Indonésie), 3-P-86-0088; Les enfants comme agents de changement (Honduras), 3-P-86-0225.

Voici quelques sujets liés à cette orientation qui pourraient faire l'objet de recherches :

- élaboration de programmes d'études novateurs en éducation sanitaire;
- évaluation des différents messages en éducation sanitaire;
- participation des enfants à leur propre éducation en santé et à l'évaluation de cette participation;
- éléments déterminants des indicateurs d'évaluation (procédés et résultats);
- formation des enseignants aux techniques d'évaluation;
- recours aux enfants comme agents de collecte de données dans les collectivités;
- adaptation des contenus aux groupes d'âge;
- mise au point de moyens audio-visuels.

d. Orientation «communication de masse» en éducation sanitaire

Cette orientation se caractérise par l'utilisation des médias pour la communication de messages destinés à une clientèle dispersée. Tous les moyens habituels, radio, télévision, imprimés, affiches, etc., peuvent être employés. Le moyen le plus courant dans bien des pays en développement est la radio. On peut citer à titre d'exemple de cette orientation les projets de «marketing» social des produits de santé et les campagnes d'éducation.

Le marketing «social» est une démarche visant à mettre les techniques de commercialisation au service de la promotion des produits souhaitables du point de vue de la santé comme les thérapies de réhydratation orale ou les contraceptifs. Le marketing social est maintenant largement reconnu comme outil d'éducation, bien que ce genre de technique ne permette pas une interaction avec celui qui livre le message et mette habituellement l'accent sur la modification des comportements individuels. Il emprunte à la commercialisation ses techniques de communication et d'éducation.

Les campagnes d'éducation sont une démarche qui consiste souvent à mobiliser d'importantes fractions de la population à divers niveaux, depuis les politiciens et les fonctionnaires jusqu'aux dirigeants locaux, en vue de la réalisation de certains objectifs déclarés. Il peut s'agir d'assurer la vaccination d'une certaine proportion de la population, de

promouvoir l'allaitement maternel ou d'améliorer la nutrition. Les campagnes d'éducation présentent souvent un caractère pluridisciplinaire et peuvent faire appel à des techniques aussi variées que celles qui découlent d'une combinaison de marketing social et de communication face à face. Le CRDI a financé dans ce domaine le projet 3-P-86-0149 portant sur les émissions radiophoniques pour la promotion de la santé de l'enfance en Indonésie.

Voici quelques questions liées à cette orientation qui pourraient faire l'objet de recherches :

- évaluation de l'incidence des programmes de communication de masse;
- élaboration de stratégies plus appropriées d'un point de vue communautaire;
- évaluation des effets à long terme des techniques de communication de masse sur les collectivités locales;
- participation des collectivités à la planification des programmes de communication de masse;
- détermination des problèmes spécifiques de santé dont on pourrait s'occuper d'une manière plus appropriée à ce niveau;
- évaluation de l'efficacité des différentes techniques de communication (radio, télévision, magnétoscopie).

e) Orientation non structurée en éducation sanitaire

Cette orientation regroupe les activités en éducation sanitaire qui ont lieu en dehors de l'école ou des systèmes de santé et qui se distinguent des projets de communication de masse par leur clientèle plus restreinte. Ces activités peuvent être organisées partout où les gens ont l'occasion de se réunir, qu'il s'agisse du foyer, du marché, des salles communautaires ou d'autres lieux. Ainsi, on a eu recours à la technologie novatrice consistant à utiliser des cassettes préenregistrées pour communiquer des messages sur des sujets comme la nutrition, l'hygiène et la santé préventive aux femmes fréquentant les laveries du Guatemala rural (Colle, 1977). Dans une autre démarche novatrice, une équipe d'éducateurs sanitaires du Nigeria a dressé des kiosques au marché du village pour «vendre» l'idée des soins de santé primaires à la population. Grâce au succès de ce projet, un certain nombre de collectivités ont été amenées à participer à l'identification et à la solution de leurs principaux problèmes de santé (Laoye, 1981).

Voici quelques questions de recherche possibles relevant de cette orientation :

- évaluation de l'efficacité et du caractère approprié de ces diverses idées;
- utilisation de comparaisons entre cultures;

- mise au point de stratégies d'évaluation;
- modes de participation des collectivités.

Dans le cadre de cette orientation, on pourra souvent trouver des projets pilotes et des projets de démonstration permettant d'éprouver des façons nouvelles d'atteindre les gens en vue de faire leur éducation en santé. Le CRDI a financé les projets suivants dans ce domaine : Programme d'enseignement sanitaire en milieu rural (Paraguay), 3-P-80-0181; Film sur l'eau et l'hygiène (Asie), 3-P-82-0058.

Résumé—Bien que l'on ait décrit séparément ces diverses orientations, il ne faut pas oublier qu'il existe parfois entre elles des chevauchements considérables et que les lignes de démarcation sont parfois ténues. Dans un même projet, on pourrait envisager diverses approches à différents stades. Toutefois, étant donné l'engagement de la DSSa envers tout ce qui est participation communautaire, le facteur prédominant dans chaque mode d'intervention retenu devrait être le rôle des membres de la collectivité. En se conformant à ce cadre, la Division pourra plus facilement établir dans quelle catégorie ranger la majorité de ses projets et sur quels aspects mettre l'accent à l'avenir.

#### B. SECTEURS PRIORITAIRES DE RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE POUR LA DSSa

Dans tout ce document, un certain nombre de questions ne cessent de refaire surface. Il faudra s'attaquer à ces questions si on veut améliorer la qualité des programmes d'éducation sanitaire et leur incidence. La DSSa devra également s'attacher à ces mêmes aspects dans sa planification des travaux de recherche dans ce domaine.

- Évaluation - Il a été difficile de juger de l'efficacité des programmes d'éducation sanitaire. On devra y aller d'efforts concertés pour mettre au point des indicateurs aussi bien de résultats que de procédés. On doit utiliser et amalgamer les méthodes de recherche qualitative et quantitative. Avec l'accent plus grand que l'on met maintenant sur la participation de la collectivité, on pourra en outre recourir à la recherche participative. Il importe que les membres des collectivités prennent une part active à ces évaluations et cette participation même devra elle aussi être évaluée.

- b. Formation - A l'heure actuelle, il existe peu d'éducateurs sanitaires formés dans les pays en développement et encore moins ont un bagage en recherche. Le CRDI devrait peut-être songer à trouver des chercheurs intéressés et à octroyer des bourses de formation universitaire supérieure. De plus, il devrait envisager la possibilité d'organiser des ateliers méthodologiques, les échanges d'information entre chercheurs étant souvent plus précieux qu'un cours suivi à l'université.
- c. Différences régionales - Étant donné les différences d'ordre culturel, socio-politique et environnemental, on devrait encourager chacune des régions à élaborer son propre plan de recherche en éducation sanitaire en fonction du cadre que nous avons dressé.
- d. Mise au point de moyens éducatifs - Un besoin constant dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire est la mise au point de moyens éducatifs appropriés. Les chercheurs ont souvent besoin de mettre à contribution les graphistes ou les spécialistes en communication dans la création de leurs outils d'éducation. De plus, on devrait inciter les membres de la collectivité à participer à la mise au point des outils qui leur sont destinés.
- e. Participation de la collectivité - Étant donné l'engagement de la DSSa envers tout ce qui est participation communautaire à la réalisation des programmes de soins de santé primaires, cet élément devrait constituer un volet central de toute recherche en éducation sanitaire. Les questions portant sur les modes et les degrés de participation seront tranchées au moment d'établir les objectifs de la recherche. Le CRDI pourrait jouer un rôle primordial dans ce secteur en encourageant les recherches ayant pour objet les modes de participation communautaire.
- f. Orientation pluridisciplinaire - Dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation sanitaire présente nécessairement un caractère pluridisciplinaire. Anthropologues, organisateurs communautaires, travailleurs de la santé, éducateurs et membres de la collectivité seront sans doute appelés à jouer un rôle dans les programmes d'éducation sanitaire. Pour cela, il faut entre chercheurs locaux une collaboration qui souvent n'existait pas dans le passé. Le CRDI devrait être prêt à encourager et à appuyer ce genre de démarche.

Il faut aussi pouvoir compter sur une forte collaboration interdivisionnaire au sein même du CRDI. Diverses divisions de l'organisme auront peut-être une contribution à apporter aux programmes d'éducation sanitaire : Division des sciences sociales (méthodes d'éducation, évaluation de procédés, recherche anthropologique, etc.); Division des communications (mise au point de moyens audio-visuels, publications, etc.); Division des sciences de l'information (réseaux de chercheurs en éducation sanitaire).



- g. Communication entre chercheurs - Une des grandes difficultés que l'on rencontre souvent dans la recherche en éducation sanitaire est le fait que souvent les résultats des recherches entreprises ne sont pas diffusés. C'est ainsi que les autres chercheurs peuvent ignorer les stratégies nouvelles qui ont pu être mises au point. Le CRDI pourrait jouer un rôle primordial en établissant et en encourageant les contacts entre chercheurs à l'aide de réseaux, de réunions, de publications, etc.
- h. Organismes associés à la recherche en éducation sanitaire - On doit s'interroger sur la nature des organismes qui sont le plus à même de réaliser des recherches en éducation sanitaire. Souvent, les ONG sont les groupes qui travaillent en liaison étroite avec les membres des collectivités et qui ont été appelés, par conséquent, à concevoir des programmes d'éducation novateurs en santé communautaire. Toutefois, ces organismes peuvent ne pas disposer des compétences nécessaires pour faire de la recherche sur ces mêmes initiatives en éducation sanitaire. Universités et établissements d'enseignement peuvent avoir des compétences en recherche, mais non pas les bases populaires voulues. Nous pourrions nous attacher à des aspects comme le renforcement de l'expérience en recherche des ONG, les liens à établir entre ceux-ci et les instituts de recherche et le fait d'encourager ces derniers à aller chercher davantage des apports et des participations communautaires.

## VIII RECOMMANDATIONS PRATIQUES

### 1. Aide aux projets

#### a. Justification

Étant donné l'engagement de la DSSa à l'égard des projets dont les bénéficiaires sont les indigents de la terre et la volonté de cette même division d'encourager la participation communautaire aux soins de santé, on devrait continuer à prévoir un mode «projets» d'aide à la recherche en éducation sanitaire.

#### Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa considère les éléments suivants comme prioritaires à des fins de financement :

- (i) propositions relevant de l'orientation communautaire ou populaire en éducation sanitaire;
- (ii) propositions relevant d'une des autres orientations, mais qui mettront l'accent sur une participation active de la collectivité à toutes les étapes de l'élaboration, de la réalisation et de l'évaluation des projets.

#### b. Justification

Pour encourager une participation et un contrôle actifs des collectivités à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation des projets d'éducation sanitaire, on devrait financer de petits projets de démonstration parrainés par les collectivités elles-mêmes ou conjointement avec les ONG. Ces projets devraient être de courte durée (18 à 24 mois), s'attacher à un problème particulier qui a été identifié par une collectivité donnée, comporter des éléments d'évaluation de procédés et de résultats et prévoir une participation active des membres de cette même collectivité à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation du projet envisagé.

#### Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa soutienne au cours des quatre prochaines années un minimum de six projets pilotes (projets de démonstration) à orientation communautaire en éducation sanitaire dans le cadre de l'orientation communautaire ou populaire dans ce même domaine.

#### c. Justification

Un des principaux problèmes qui se posent dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire est celui de l'absence de stratégies d'évaluation convenables et suffisamment «sensibles». Beaucoup de projets sont financés sur de courtes périodes et leurs auteurs sont incapables d'évaluer d'une manière satisfaisante

l'incidence des activités ou la façon dont on s'y est pris pour réaliser les objectifs. Pour que les évaluations soient plus efficaces et plus novatrices, nous recommandons que l'on finance des projets de plus longue durée (trois à quatre ans). L'accent devrait être principalement mis dans ces projets sur l'évaluation. De plus, on devrait privilégier les évaluations faisant intervenir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'état de santé, de la productivité et de la qualité de vie. Ces projets auront sans doute pour cadre, par pure nécessité, les universités ou les instituts de recherche, mais il importera de prévoir une participation active d'autres secteurs (gouvernement, ONG et collectivités).

Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa finance au moins trois projets d'éducation sanitaire mettant l'accent sur la mise au point de méthodes d'évaluation appropriées.

d. Justification

Dans plusieurs régions, des équipes pluridisciplinaires s'occupent déjà de recherche en éducation sanitaire. Compte tenu de l'importance d'une démarche pluridisciplinaire (à laquelle soient associés les membres des collectivités), on devrait encourager et appuyer ces équipes.

Recommandation :

La DSSa devrait accorder la priorité en matière de financement et donner son encouragement à des équipes de recherche présentant un caractère pluridisciplinaire.

2. Sujet

a. Justification

Deux sujets devraient être considérés comme prioritaires à des fins de financement par la DSSa :

- (i) SIDA - Le principal moyen de lutte contre la propagation du SIDA dans bien des pays en développement est l'éducation sanitaire. La division pourrait jouer un rôle primordial en encourageant l'élaboration de stratégies appropriées d'un point de vue culturel et communautaire.
- (ii) Santé de la femme - Étant donné le rôle important que joue la femme dans les soins de santé dans les pays du Tiers-Monde, beaucoup de projets d'éducation sanitaire visent principalement les femmes. Le CRDI s'est donné la mission d'examiner et d'améliorer le rôle de la femme (centre FED) dans le développement. Il pourrait apporter une contribution clé en encourageant la participation des femmes à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation

de projets de recherche en éducation sanitaire qui sont appropriés à leur situation et aux besoins de leur famille.

Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa accorde la priorité à des projets d'éducation sanitaire ayant pour objet le SIDA et la santé de la femme.

3. Réseaux régionaux

a. Justification

Dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire, le chercheur n'est souvent pas au courant des autres projets réalisés qui ressemblent au sien. Cela vaut particulièrement pour les petits ONG à vocation communautaire ou les collectivités elles-mêmes qui peuvent avoir peu de contacts avec les autres groupements du même secteur, et encore moins avec des organismes intervenants sur le plan international. Il existe souvent des similitudes régionales et internationales dont on pourra tirer enseignements et informations pour les besoins des futurs recherches.

Recommandation :

Nous recommandons que les bureaux régionaux organisent conjointement avec la DSSa un atelier dans chaque région au cours des deux prochaines années en vue de l'examen du rôle de la recherche en éducation sanitaire. Il appartiendra aux régions, en consultation avec Ottawa, de décider des orientations des ateliers en fonction des expériences et des priorités; l'objectif ultime devrait toutefois être la création d'un réseau régional de chercheurs s'occupant d'éducation sanitaire. Voici quelques orientations possibles :

- rôle de la recherche en éducation populaire en santé;
- stratégies d'évaluation des programmes d'éducation sanitaire.

Compte tenu de l'accent mis par la Division sur les collectivités et les équipes pluridisciplinaires, chaque atelier devrait regrouper des représentants des divers secteurs (et entre autres des universitaires).

Nous recommandons en outre que la Division étudie les stratégies permettant d'établir des liens entre chercheurs sur une base régionale. Les moyens suivants pourraient être employés :

- bulletin d'information sur les projets en cours;
- communication périodique d'articles de recherche;
- possibilité de créer un centre d'information dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire, service auquel pourraient s'adresser les chercheurs pour des échanges

d'information et qui serait particulièrement utile dans le cas des moyens et outils éducatifs.

#### 4. Possibilités de formation

##### a. Justification

Une des principales faiblesses de l'éducation sanitaire est la pénurie de gens convenablement formés aux techniques de recherche sur le terrain. Le besoin se fait particulièrement sentir dans un grand nombre d'ONG, où s'effectuent en majeure partie les recherches novatrices et à orientation communautaire dans le domaine de la recherche en éducation sanitaire. A l'opposé, dans les universités et les ministères qui peuvent compter sur des capacités de recherche relativement bien développées, souvent les liens établis avec les milieux non universitaires ou les collectivités locales laissent à désirer.

##### Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa étudie au cours des deux prochaines années de nouvelles stratégies de formation de chercheurs aux techniques de l'éducation sanitaire. Les moyens suivants pourraient être employés :

- (i) Ateliers (provinciaux, nationaux ou régionaux) portant sur des questions de recherche déterminées (recherche participative en éducation sanitaire ou techniques d'évaluation, par exemple) ;
- (ii) Efforts en vue d'amener les personnes ressources locales à travailler avec les ONG ou les collectivités locales en vue de faciliter les activités de recherche en prenant en charge le volet de recherche ou en formant l'équipe d'éducation sanitaire aux techniques de base de la recherche. On devrait encourager les universités et les ministères à participer aux initiatives lancées par les ONG ;
- (iii) Organisation d'une formation universitaire supérieure à l'intention des chercheurs qui se sentent un intérêt ou des aptitudes pour le domaine.

#### 5. Collaboration interdivisionnaire

##### a. Justification

Comme nous l'avons fait ressortir dans tout cet exposé, un des principaux éléments de la recherche en éducation sanitaire est l'orientation pluridisciplinaire. Si la DSSa est appelée à encourager une démarche pluridisciplinaire dans les équipes de recherche, nous devons disposer des capacités internes voulues pour réagir nous aussi d'une manière pluridisciplinaire. Cette orientation devra être soigneusement élaborée par le personnel de

programme des divisions susceptibles de collaborer. Au moment où nous rédigeons ces pages, la DSSo et la DSSa se sont déjà rencontrées et sont convenues de la nécessité de travailler en étroite collaboration dans tout projet réalisé en éducation sanitaire.

Recommandation :

Nous recommandons que, pendant la prochaine année, la DSSa s'emploie avec les autres divisions concernées à dégager des terrains et des mécanismes de collaboration. Voici quelques secteurs possibles :

- (i) Division des sciences sociales - éducation sanitaire à l'école  
indicateurs qualitatifs  
attitudes et pratiques en matière de santé
- (ii) Division des communications - moyens de communication de masse  
moyens audio-visuels  
publications
- (iii) Division des sciences de l'information - réseaux de chercheurs

Nous recommandons en outre que, pendant les deux prochaines années, tous les projets de recherche dont l'objet premier est l'éducation sanitaire soient réalisés en collaboration avec les divisions intéressées.

Nous recommandons enfin que l'on crée un groupe interdivisionnaire en vue de l'élaboration de directives en matière d'aide aux projets d'éducation sanitaire. Les directives adoptées devraient faire l'objet d'un examen après deux ans.

6. Confection de répertoires

a. Justification

Pour savoir quels sont les chercheurs, les universitaires et les groupements communautaires qui connaissent la recherche en éducation sanitaire ou s'y intéressent aussi bien au Canada que dans les pays en développement, la Division devrait créer et garder à jour un certain nombre de répertoires.

Recommandation :

Nous recommandons que la DSSa dresse plusieurs répertoires au cours de la prochaine année, et notamment les suivants :

- (i) répertoire des instituts qui, au Canada et dans les pays en développement, donnent des cours appropriés en éducation sanitaire;
- (ii) répertoire des chercheurs et des praticiens des pays en développement qui s'occupent d'éducation sanitaire;
- (iii) répertoire des chercheurs et des praticiens canadiens qui s'occupent de recherche en éducation sanitaire;
- (iv) répertoire des ONG qui s'occupent de recherche à orientation communautaire en éducation sanitaire.

7. Groupe consultatif de la recherche en éducation sanitaire

a. Justification

La DSSa apporte déjà son aide à la recherche en éducation sanitaire, mais elle devra consacrer plus de ressources à cette activité si nos propositions sont acceptées. Pour qu'elle puisse plus facilement élaborer et appliquer des stratégies appropriées dans ce domaine, il sera sans doute nécessaire d'aller chercher conseils et avis chez des spécialistes.

Recommandation :

Nous recommandons qu'un groupe consultatif extérieur soit créé au cours des six prochains mois. Il serait formé avant tout de chercheurs des pays en développement, mais plusieurs de ses membres pourraient venir du Canada. Il devrait comprendre des chercheurs, des praticiens et, espérons-le, quelques membres des collectivités. Ce groupe consultatif pourrait également être chargé d'examiner l'avancement des activités de recherche en éducation sanitaire dans la DSSa; la période d'étude serait de 3 ans.

## IX. CONCLUSION

Nous avons tenté de replacer l'éducation sanitaire dans la perspective socio-écologique globale de la promotion de la santé. Nous avons proposé un cadre possible d'aide à la recherche dans la DSSa et fait des recommandations pratiques. L'éducation sanitaire est devenue un important secteur de recherche en ce qui concerne les soins de santé primaires. Il reste néanmoins beaucoup à faire dans ce domaine. L'accent mis par la division sur la participation communautaire est un grand pas en avant et jette les bases d'une recherche plus appropriée et plus efficace en éducation sanitaire. Les projets et les organismes de recherche que nous soutiendrons au cours des quatre prochaines années témoigneront de notre propre engagement envers tout ce qui est participation des collectivités.



## RÉFÉRENCES

- Abed, F.H., 1983, Household teaching of ORT in rural Bangladesh, *Les carnets de l'enfance* 61/62 : 249 à 265.
- Akpovi, S.U., Johnson, D.C. et Brieger, W.R., 1981, Guinea worm control : testing the efficacy of health education in primary care, *Revue internationale d'éducation de la santé* 24(4) : 229 à 237.
- APHA, 1976, Making health education work, APHA, Washington.
- APHA, 1987, Criteria for the development of health promotion and education programs, *American Journal of Public Health* 77(1) : 89 à 92.
- Baptista Risi Jr, J., 1984, Nation-Wide mass polio immunization in Brazil, *Les carnets de l'enfance* 65/68 : 135 à 157.
- Bassole, A., 1986, Mobilisation générale en faveur de la «vaccination commando», *HYGIE* V(1) : 31 à 34.
- Brieger, W.R. et Adeniyi, J.D., 1981-1982, Urban community health education in Africa, *International Quarterly of Community Health Education* 2(2) : 109 à 121.
- Brieger, W.R. et Akpovi, S.U., 1982-1983, A health education approach to training village health workers in Nigeria, *International Quarterly of Community Health Education* 3(2) : 145 à 152.
- Brieger, W.R., Ramakrishna, J. et Adeniyi, J.D., 1986-1987, Community involvement in social marketing : guineaworm control, *International Quarterly of Community Health Education* 7(1) : 19 à 31.
- Brown, R. et Margo, G., 1978, Health Education : can the reformers be reformed? *International Journal of Health Services*, 8(1) : 3 à 26.
- Burgess, A., 1982, Evaluation of nutrition interventions : an annotated bibliography and review of methodologies and results, 2<sup>e</sup> éd., FAO, Rome.
- Campbell, D.T. et Stanley, J.C., 1963, *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Rand McNally and Co., Chicago.
- Cervinskas, J., 1984. *La santé d'abord*, CIEA, Toronto.
- Chinemana, F.A., 1986, The need for health education in Zimbabwe : findings from a household survey, *HYGIE* V(1) : 50 à 55.
- Clow, D.J., 1985, Control of diarrheal disease in Togo 1978-1983, *British Medical Journal* 290(6469) : 691 et 692.
- Colle, R., 1977. Guatemala project, the traditional laundering place as a non-formal health education setting, *Convergence* X(2) : 32 à 40.

- Crawford, R., 1977, You are dangerous to your health, the ideology and politics of victim blaming, *International Journal of Health Services* 7(4) : 11 à 20.
- Ekeh, H.E., 1985, The impact of health education on the nutritional status of low-income group children in Ibadan, *HYGIE* IV(4) : 15 à 17.
- Ekeh, H.E. et Adeniyi, J.D., 1985-1986, Using teachers as change agents in the control of tropical diseases - an extra-curricular approach, *International Quarterly of Community Health Education* 6(4) : 323 à 333.
- El-Mougi, M., El-Akkad, N., El-Hadi Esm, M. et Talkan, A.M., 1986, Evaluation of a programme of teaching mothers the management of acute diarrhoea, *Journal of Tropical Pediatrics* 32 : 24 et 25.
- Epp, J., 1986, La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé, *Santé et Bien-être social Canada*, Ottawa.
- Farlow, D. (éd.), octobre 1986, Challenging our assumptions : the role of popular education in promoting health, *Actes du 5<sup>e</sup> Atelier annuel de promotion de la santé parrainé par l'Ontario Public Health Association et le ministère de la Santé de l'Ontario*, Toronto.
- Favin, M., Cebula, D., Saidi, R. et Pryor, D., 1986, Health education : information for action issue paper, *World Federation of Public Health Associations*, Genève, 90 p.
- Feachem, R.G., 1984, Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children : promotion of personal and domestic hygiene, *Bulletin de l'OMS* 62(3) : 467 à 476.
- Fernando Duque, L., 1984, The national vaccination crusade in Colombia, *Les carnets de l'enfant* 65/68 : 159 à 178.
- Foot, D.R., Kendall, C., Spain, P. et Martorell, R., 1983, Evaluating the impact of health education systems, document non édité, 8 p.
- Freire, P., 1971, *Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspero, 1974.
- Freudenberg, N., 1984-1985, Training health educators for social change, *International Quarterly of Community Health Education* 5(1) : 37 à 51.
- Fuglesang, A., 1982, About understanding, *Fondation Dag Hammarskjöld*, Uppsala, Suède.
- Garfield, R.M. et Vermud, S.H., 1986, Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. *Social Sciences and Medicine* 22(8) : 869 à 877.
- Green, E.C., 1986, Diarrhea and the social marketing of oral rehydration salts in Bangladesh, *Social Sciences and Medicine* 23(4) : 357 à 366.

- Hardy, E.E., Vichi, A., Sarmiento, R., Moreira, L. et Bosqueiro, C., 1982, Breastfeeding promotion : effect of an educational program in Brazil, *Studies in Family Planning* 13(3) : 79 à 86.
- Hetta, O.M. et Lundstrom, K.-J., 1984, Training rural health staff for oral rehydration therapy in southern Sudan, *Tropical Doctor* 14 : 151 à 154.
- Hollis, C. (éd.), 1986, Using communications to solve nutrition problems : a compendium, publication de l'International Communication Service.
- Hornik, R.C., 1985, Nutrition education : a state-of-the-art review, Nations Unies AOC/SON, document de travail n° 1 sur les politiques en nutrition.
- Hubley, J., 1984, Principles of health education, *British Medical Journal* 289 : 1054 et 1055.
- Isley, R., 1982, Evaluating the role of health education strategies in the prevention of diarrhea and dehydration, *Journal of Tropical Pediatrics* 28 : 253 à 261.
- Isley, R. et Rosensweig, F., 1984, Training non-technical workers for rural water and sanitation projects, *Waterlines* 3(2) : 9 à 11.
- Israel, R.C. et Nestor Tighe, J.P., 1984, Nutrition education : state of the art. A review and analysis of the literature, *Nutrition Education Series*, livraison n° 7, Paris, UNESCO.
- Jain, D.C., Sunny, P.C. et Prakash, J., 1986, Role of health education on voluntary community participation in anti-larval measures through clearance of aquatic plants in a brugian endemic area, *Journal of Communication Disorders* 18(1) : 54 à 56.
- Jelliffe, E.F. et Jelliffe, D.B., 1984, Nutrition surveillance - nutrition education, *Journal of Tropical Pediatrics* 30 : 2 et 3.
- Jenkins, J., 1983, Mass media for health education, document édité par International Extension College, Cambridge, Angleterre.
- Kanno, N.B. et Dixit, K.A., 1985-1986, Patient education in Nepal, *International Quarterly of Community Health Education* 6(3) : 253 à 256.
- Khanom, K et Salahuddin, A.K., 1983, A study on impact of an educational programme on immunization behaviour of parents, *Bangladesh Medical Research Council Bulletin* 9(1) : 18 à 24.
- Kickbush, I., 1981, Involvement in health : a social concept of health education, *Revue internationale d'éducation de la santé*, suppl. au vol. 24 : 3 à 15.
- Kickbush, I., juin 1986, Health promotion : a global perspective, document présenté à la 77<sup>e</sup> conférence annuelle de l'ACSP, Vancouver.
- Kidd, J.R., 1973, How adults learn, Follett Publishing Co., Chicago.

- Kielmann, A.A., 1983, Control of diarrheal disease in the community, Actes de la Conférence internationale sur les thérapies de réhydratation orale, 7 au 10 juin 1983, Washington, D.C., Richard Cash (éd.), p. 36 à 39.
- Kleirman, A., 1980, Patients and healers in the context of culture, University of California Press, Los Angeles.
- Labonté, R. et Penfold, S., 1981, Health promotion philosophy : from victim blaming to social responsibility, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- Iasch, E.E., Abed, Y., Guenina, A., Hassan, N.A., Amara, I.A. et Abdallah, K., 1983, Evaluation of the impact of oral rehydration therapy on the outcome of diarrheal disease in a large community, Israel Journal of Medical Sciences 19 : 995 à 997.
- Laoye, J. Ade., 1981, Selling health in the marketplace, Forum mondial de la santé 2(3) : 367 à 372.
- Magnus, M.H., 1986, Grado de adaptacion de programas de educacion sanitaria de la comunidad en America Latina y el Caribe, Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 100(5) : 477 à 490.
- Mahadik, V.J. et Moomena, J., 1983, Impact of health education programme on knowledge, attitude and practice (KAP) of people in cholera affected areas of Luapula Province - Zambia, Medical Journal of Zambia 17(2) : 32 à 38.
- Mahler, H., 1986, Towards a new public health, Health Promotion 1(1) : 1.
- Manoff, R.K., 1984, Social marketing and nutrition education : A pilot project in Indonesia, Les carnets de l'enfance 65/68 : 95 à 113.
- McKillop-Farlow, D., 1987, Achieving health for all : The Epp Report, Healthsharing (été) : 9 et 10.
- Mercado, C.M., 1986, An evaluation of the information, education and communication program in Nepal, Bangkok, Thaïlande, PNUD/DICP, 154 p.
- Mirza, A.E., 1985, Evaluation of a health education program in Tayba Qurashi Village, central Sudan during 1983, Journal of Tropical Medicine and Hygiene 88 : 111 à 113.
- Nangawe, E., Sitayo, E., Rowberg, E., McGinn, T. et Van Wie, W., 1985-1986, The training component of the Masai Health Services Project, Tanzania, International Quarterly of Community Health Education 6(2) : 115 à 129.
- Nutbeam, D., 1986, Health promotion glossary, Health Promotion, 1(1) : 113 à 127.
- Obi, J.O. et Osuhor, P.C., 1984, The influence of health education on breast-feeding practices in Benin City, Nigeria, Public Health, Londres, 98 : 84 à 88.
- O'Brien Schweser, H., 1980, A manual for community health education for the Caribbean, People-to-People Health Foundation, Inc. (éditeur), Washington.

Odimosu, M.O., 1982, The response of mothers to health education and the incidence of gastro-enteritis among their babies in Ile-Ife, Nigeria, *Social Sciences and Medicine* 16(14) : 1353 à 1360.

Olaseha, I.O. et Namanja, G.B., 1985-1986, Focusing on women for water and sanitation : the case of Mapo Community in Ibadan, Nigeria, *International Quarterly of Community Health Education* 6(4) : 335 à 343.

Pielemeier, N.R., 1985, Mother's knowledge related to child health and nutrition in Ghana and Lesotho, *Journal of Tropical Pediatrics* 31 : 131 à 139.

Pratinidhi, A., Shah, U., Shrotri, A. et Bodhani, N., 1986, Risk-approach strategy in neonatal care, *Bulletin de l'OMS* 64(2) : 291 à 297.

Pribadi, W., Muzham, F., Santoso, T., Rasidi, R., Rukmono, B. et Soeharto, 1986, The implementation of community participation in the control of malaria in rural Tanjung Pinang, Indonesia, *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 17(3) : 371 à 378.

Radford, A.J. et Harris, R.D., 1986, Specific strategies in health education, *HYGIE* V(1) : 38 à 44.

Rahman, A.S., Bari, A., Molla, A.M. et Greenough, W.B. III, 1985, Mothers can prepare and use rice-salt oral rehydration solution in rural Bangladesh, *The Lancet*, n° 8454, 7 septembre : 539 et 540.

Ramakrishna, J. et Brieger, W.R., 1987, The value of qualitative research : health education in Nigeria, *Health Policy and Planning*, 2(2) : 171 à 175.

Rocha, M.R., Lima, A., Edmunds, M., Olafson, F., de Codes, J., 1983, Community child care in urban Brazil, *Pathpapers*, n° 10.

Ross, S.M., Loening, W.E. et Van Middlekoop, A., 1983, Breast-feeding - evaluation of a health education programme, *South African Medical Journal* 64 : 361 à 363.

Ryan, W., 1976, *Blaming the victim*, Vantage Books, New York, N.Y.

Sootney, N., 1976, *Health education*, AMREF, Nairobi.

Sheffield, J.R., 1987, Education for health, Lessons learned and new opportunities in eastern Africa, *HYGIE* VI(2) : 22 à 28.

Simpson-Hibert, M., 1987, Hygiene education strategies for Region 1 for the Ministry of Public Health of Thailand, *WASH Field Report*, n° 210, Arlington, Virginie.

Stanton, B.F., Clemens, J., Thair, T., Khatun, K. et Jahan, D., 1987, An educational intervention for altering water-sanitation behaviours to reduce childhood diarrhoea in urban Bangladesh : formulation, preparation and delivery of educational intervention, *Social Sciences and Medicine* 24(3) : 275 à 283.

Stanton, B.F. et Clemens, J.D., 1987, An educational intervention for altering water-sanitation behaviours to reduce childhood diarrhea in urban Bangladesh. II A randomized trial to assess the impact of the intervention on hygienic behaviors and rates of diarrhea, *American Journal of Epidemiology* 125(2) : 292 à 301.

Sunny, P.J., Jain, D.C. et Rao, C.K., 1984, Impact of health education on voluntary participation in anti-larval measures, *Journal of Communication Diseases* 16(4) 335 à 337.

Tiglao, T.V., 1982, Health knowledge attitudes and practices related to schistosomiasis, *HYGIE* I(2) : 31 à 37.

Tom El, A.R., Matthews, M.H., Wessley, S., Mubarak, N, et Lauro, D., 1984-1985, Introducing integrated health services in a traditional society : the Sudan community-based Family Health Project, *International Quarterly of Community Health Education* 5(3) : 187 à 202.

Tonon, M., 1980, Concepts in community participation : a case of sanitary change in a Guatemalan village, *International Journal of Health Education*, suppl. à 23(4) : 1 à 15.

Tonon, M., 1981-1982, A longitudinal study of the impact of village health education on environmental sanitation, *International Quarterly of Community Health Education* 2(4) : 311 à 327.

Tragler, A.T., Bhatt, S.S. et Fernandez, A., 1981, Assessment of health education in nutrition, *Journal of Tropical Pediatrics* 27 : 221 à 223.

UNESCO, 1986, Health education intervention : an annotated bibliography, *Nutrition Education Series* 13, UNESCO, Paris.

Vijayaraghaven, K., Harumantha Rao, D., et Swaminathan, M.C., 1982, India Population Project, Karnataka : evaluation of nutrition education activities, *HYGIE* 1(3 et 4) : 9 à 14.

Walt, G. et Constantinides, P., 1983, Community health education in Commonwealth countries, *Secrétariat pour les pays du Commonwealth*, Londres.

Walt, G. et Constantinides, P., 1984, Community health education in developing countries, *Economic Policy Council*, Londres.

Ward, W.B., Neumann, A.K., Pappoe, M.E., 1981-1982, Community health education in rural Ghana : the Danfa Project - an assessment of accomplishments, *International Quarterly of Community Health Education* 2(2) : 143 à 155.

Weiss, C.H., 1972, *Methods for assessing program effectiveness*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Westphal, M.F., Marcondes, R.S. et Sampaio, M.M., 1984-1985, The concept of participation in a program of bronchial asthma control, *International Quarterly of Community Health Education* 5(4) : 257 à 275.

Williams, G., 1986, Kader commitment in Kadiwulyo, *People* 13(3) : 15 à 17.

OMS, 1969, *Research in health education*, Genève.

OMS, 1983, *New approaches to health education in primary health care*, Report of WHO Expert Committee, *Technical Report Series* 690, Genève, 44 p.

OMS, *Education for health : manual on health education in primary health care* (document non édité).

OMS, 1984, *Health Promotion : a discussion document on the concept and principles*, Copenhagen.

Zvandasara, P., 1987, *Primary school children's knowledge of health and illness in the Gambia : its implications for teaching children about disease*, *Journal of Tropical Pediatrics* 33 : 110 à 112.

**ANNEXE**

**EXAMEN CRITIQUE DE LA RECHERCHE EN ÉDUCATION SANITAIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT**

Pour mieux dégager les besoins et les lacunes de la recherche en éducation sanitaire, nous avons procédé à un examen des travaux de recherche dans ce domaine dans les pays en développement. Nous nous sommes livrés à un examen critique de 32 projets réalisés en éducation sanitaire dans le Tiers-Monde et à une étude des travaux de recherche financés par le CRDI dans ce même domaine. Nous avons enfin mis à contribution d'autres chercheurs et chercheurs qui ont préparé des bilans d'évaluation d'activités de projets.

Nous avons fait une recherche informatique à l'aide de descripteurs «Medlars» (de 1980 à aujourd'hui) et «Popline» pour repérer des articles traitant de l'évaluation ou de l'incidence des programmes d'éducation sanitaire ou les articles sur la recherche en éducation sanitaire qui comportaient un examen des effets des interventions dans ce secteur. Nous avons en outre soumis à une recherche manuelle (pour les trois à cinq dernières années seulement) un certain nombre de bibliographies et de revues en vue de relever les articles portant sur l'éducation sanitaire dans les pays en développement. Voici les revues qui ont été examinées : *HYGIE*, *Social Sciences and Medicine*, *International Quarterly of Community Health Education* et *Journal of Tropical Pediatrics*.



TABLEAU 1

LISTE D'ARTICLES<sup>1</sup> DÉCRIVANT ET (1) ÉVALUANT DES PROGRAMMES D'ÉVALUATION SANITAIRE DANS DES PAYS EN

AUTEUR <sup>2</sup> ET ANNÉE	PAYS	COLECTIVITÉ <sup>4</sup>		INTERVENTION EN ÉVALUATION SANITAIRE				PLAN D'ÉTUDE			
		ÉVALUATION DES BESOINS SANITAIRES	VARIABLES SOCIO- ÉCONOMIQUES	ÉDUCATION COMMUNAUTAIRE	DÉCRIT <sup>5</sup>	LIEU	EFFECTUÉE PAR	TYPE <sup>5</sup>	CONTRÔLE	ESSAI RÉEL OU POSTÉRIEUR	TESTS STATIS- TIQUES
Maladies diarrhéiques (V. colitis, shigellose de non-typhoïdiques)											
Klemm 1983	Égypte	V	-	-	V	salle communautaire de la santé (AIS)*	personnel de la santé (AIS)*	QPSI	V	postérieur	-
March 1985	Soudan	-	V	V	-	-	-	DEOR	-	préalable/ postérieur	-
Tash 1983	Égypte (Giza)	V	-	-	-	centres de santé	-	DEOR	-	préalable/ postérieur	-
Hatta 1984**	Soudan	V	-	V	V	écoles	équipes de projet	DEOR	-	préalable/ postérieur	-
Rhman 1985	Bangladesh	-	-	-	V	domicile	travailleurs de la santé (AIS)	DEOR	-	préalable/ postérieur	-
Crow 1985	Irige	-	-	-	-	hôpital	médicins et personnel sanitaire (AIS)	QPSI	V	préalable/ postérieur	X <sup>2</sup>
Olashe 1985-1986	Nigeria	V	-	V	V	clinique et domicile	personnel infirmier	DEOR	-	postérieur	-
Starton 1987	Bangladesh	V	V	V	V	salle communautaire	équipes de travailleurs de la santé	EP	V	préalable/ postérieur	V-test
Tern 1981-1982	Gambesla	V	V	V	-(a)	salle communautaire	-	QPSI	V	préalable/ postérieur	V-test
El-Mugl 1985	Égypte	V	V	-	V	hôpital	médicins et personnel infirmier	QPSI	V	postérieur	test Z
Olorisu 1982	Nigeria	V	V	-	V	centres de santé	travailleurs de la santé	DEOR	-	postérieur	X <sup>2</sup> test t
Azed 1983	Bangladesh	V	V	V	V	domicile	travailleurs en soci- été (C. dal)	DEOR	-	postérieur	ratio F

AIS : avec intervention sanitaire

\*\* formation des travailleurs de la santé

X<sup>2</sup>, test de Fisher, test du U de Mann-Whitney, test des paires en correspondance de Wilcoxon et test rho de Spearman\*\*\* analyse de modèle linéaire (factorielle 2/2), tests de signification « en double queue », rho de Spearman, X<sup>2</sup>

(a) décrit dans un document antérieur

V fait

- ni fait

+ change

o aucun

TABLEAU 1 (SUITE)

LISTE D'ARTICLES<sup>1</sup> DÉCRIVANT ET (C) ÉVALUANT DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SANITAIRE DANS DES PAYS EN DÉ

AUTEUR <sup>2</sup> ET ANNÉE	PAYS	COLECTIVITÉ <sup>4</sup>		INTERVENTION EN ÉDUCATION SANITAIRE				ÉVALUATION				P
		ÉVALUATION DES BESOINS SANITAIRES	VARIABLES SOCIO- ÉCONOMIQUES	PRÉCÉDENCE COMMUNAUTAIRE	DÉCRIT <sup>5</sup>	LIÉ	ÉVALUÉE PAR	TYPES <sup>6</sup>	CONTRÔLE	REVEN FINAN. OU FONCTIONN.	TRIS STATIS- TIQUES	
Médecins Indochinois (Centre des Américains d'Asie du Sud-Est)												
Edwards 1986	Indonésie	V	V	V	V	village et école concrète	écoles (AIS)	DESCR	-	postérieur/ postérieur	X <sup>a</sup>	
Nguyen 1981	Nigeria	V	V	V	V	village	campagnes de sensibilisation sanitaire	DESCR	V	postérieur/ postérieur	X <sup>a</sup>	
Surry 1984	Inde	V	V	V	V	village ou école concrète	écoles concrètes	DESCR	V	postérieur	-	
Jain 1986	Inde	V	V	V	V	village ou école concrète	-	DESCR	V	postérieur	-	
Boquer 1985-1987	Nigeria	V	V	V	V	village	travailleur dans les villages	DESCR	-	-	-	
Garfield 1986	Nicaragua	V	V	V	V	tout le pays à part de Managua	écoles concrètes (AIS)	DESCR	-	postérieur	-	
Miradik 1983	Zambie	V	-	-	-	-	-	DESCR	V	postérieur	X <sup>a</sup>	
Flaming 1981-1982												
Marcob 1986	Népal	V	V	-	V	-	-	DESCR	V	postérieur	-	

\* Non distinction par le volet d'éducation sanitaire.

V fait ou indique

- ni fait ni indique

+ changement positif

o aucun changement

(a) décrit dans un document antérieur ou

TABLEAU 1 (SUITE)

LISTE D'ARTICLES<sup>1</sup> DÉCRIVANT ET (U) ÉVALUANT DES PROGRAMMES D'ÉLÉVATION SANITAIRE DANS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

AUTEUR <sup>2</sup> ET ANNÉE	PAYS	COLLECTIVITÉ <sup>4</sup>		INTERVENTION EN ÉDUCATION SANITAIRE				PLAN D'ÉVALUATION			
		ÉVALUATION DES BESOINS SANITAIRES	VARIABLES SOCIO- ÉCONOMIQUES	ÉDUCATION COMMUNAUTAIRE	DÉCRIT <sup>3</sup>	LIEU	ÉVALUÉE PAR	TYPE <sup>5</sup>	CONTRÔLE	ESSAI RÉEL OU RÉPÉTÉ	RÉSULTATS STATISTIQUES
Évaluation en nutrition (y compris allaitement maternel)											
Beh 1985	Nigeria	V	V	-	-	clinique	-	DSOR	-	postérieur	-
Vijayaraghavan 1982	Inde	-	-	-	V	village	docteurs et sages-femmes sanitaires	DSOR	-	postérieur	V
Ross 1983	Afrique du Sud (Zouloues)	-(a)	V	-	V	clinique	sage-femme	EP	V	postérieur	V
Ohl 1984	Nigeria	V	-	-	-	hôpital	intervenant en santé (nurse)	DSOR	-	postérieur	-
Hardy 1982	Brazil	-	V	-	V	hôpital	personnel infirmier et communaires de la santé	QPSI	V	postérieur	X <sup>6</sup>
Pielsenier 1985	Ghana et Iles du Golfe	-	V	-	-	clinique	personnel infirmier	DSOR	-	postérieur	-
Miroff 1984	Indonésie	V	V	V	V	salle communautaire	écrits	QPSI	V	postérieur	V
Taggar 1981	Inde	-	-	-	V	hôpital	quintier et travailleur social	DSOR	-	postérieur	-
Maladies non infectieuses											
Westphal 1984-1985	Brazil	V	V	V	V	hôpital	profession- nels de la santé	QPSI	V	postérieur	V
Santé familiale (communautaire)											
Ward 1981-1982	Ghana	-(a)	-(a)	-	V	village	travailleurs de la santé	QPSI	V	préalable/ postérieur	-
El-Jon 1984-1985	Soudan	-	-	V	V	village et conduite	sages femmes (AS)	DSOR	-	préalable/ postérieur	-
Haron 1983	Bangladesh	-	-	-	V	village et conduite	?	DSOR	-	préalable/ postérieur	-

V fait ou indiqué  
 - ni fait ni indiqué  
 + changement positif  
 o aucun changement ou changement négatif  
 (a) décrit dans un document antérieur ou lié

## NOTES RELATIVES AU TABLEAU

1. Articles parus sur l'évaluation des interventions en éducation sanitaire ou des programmes d'éducation sanitaire avec une certaine mesure des résultats.
2. S'il y a plusieurs auteurs, on ne cite que le premier.
3. Comprend les recherches effectuées dans des pays en voie de développement ou dans des régions sous-développées.
4. Les intitulés indiquent si l'article décrivait cet aspect ou comportait des indications à ce sujet.
5. Les plans d'étude ont été considérés comme expérimentaux, quasi-expérimentaux ou descriptifs.

V fait ou indiqué

- ni fait ni indiqué

+ changement positif

o aucun changement ou changement négatif

(a) décrit dans un document antérieur ou lié

### Rapports techniques définitifs examinés

- 3-P-80-0068 Documentation sur la limitation des naissances/PIACT (global)
- 3-P-80-0179 Installations sanitaires économiques (Équateur)
- 3-P-80-0181 Programme d'enseignement sanitaire en milieu rural (Paraguay)
- 3-P-80-0203 Sages-femmes/soins de santé de base (Philippines)
- 3-P-81-0100 Salubrité de l'environnement (Gambie)
- 3-P-81-0180 Réhydratation orale (Asie du Sud-Est)
- 3-P-81-0181 Formation-Techniques et problèmes d'approvisionnement en eau (Indonésie)
- 3-P-82-0039 Helminthes transmis par le sol (Indonésie)
- 3-P-82-0053 Programme d'éducation sanitaire (Sénégal)
- 3-P-82-0054 Hygiène en milieu rural (Sierra Leone)
- 3-P-82-0071 Réhydratation orale (Trinité) - phase II
- 3-P-83-0005 État nutritionnel des enfants d'âge préscolaire (Corée)
- 3-P-83-0102 Allaitement maternel et survie des nourrissons (Indonésie et Philippines)
- 3-P-83-0103 Éducation nutritionnelle concernant les nourrissons (CFNI)
- 3-P-83-0177 Alcoolisme (Chili)
- 3-P-83-0203 Utilisation des latrines (Philippines)
- 3-P-83-0246 Anémie nutritionnelle (République centrafricaine)
- 3-P-83-0285 Promotion de l'allaitement maternel (Philippines)
- 3-P-84-0003 Grossesses à hauts risques (Indonésie)

**ÉVALUATION DANS LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ**

**Projet d'exposé de vues rédigé pour l'EAD de la DSSa**

**Rédigé par : Bob Hertzog  
mars 1988**

## TABLE DES MATIERES

	PAGE
Résumé	1
1. Introduction	2
2. Types d'évaluations	4
3. Hiérarchie des évaluations	7
3.1 Évaluations générales à apports sectoriels	8
3.2 Évaluations au niveau des divisions	8
3.3 Évaluations au niveau des programmes	9
3.4 Évaluations de thèmes	10
3.5 Évaluations de groupes de projets	11
3.6 Évaluations de projets	13
3.7 Rapports de fin de projet	17
4. Ressources à prévoir	18
5. Conclusions	19
Annexes	
Tableau 1	
Tableau 2	

## Résumé

Dans ce document, nous répondrons à certaines questions de base au sujet des évaluations à effectuer dans le cadre du plan d'évaluation de la Division des sciences de la santé et nous nous attachons à cet égard au pourquoi, au qui, au quoi et au quand de l'évaluation. Nous examinons ensuite un certain nombre d'aspects importants à nos yeux du rendement en recherche dans les sciences de la santé : utilité ou pertinence, procédés et avancement, efficacité, incidence et efficience.

Nous nous livrerons notamment à une analyse des divers éléments constitutifs du système d'évaluation du CRDI et des éléments manquants qui devraient être incorporés au cadre d'évaluation divisionnaire. Nous voyons comme domaine de concentration pour le plan d'évaluation de la DSSa les évaluations de «niveau intermédiaire» portant sur les programmes, les thèmes, les groupes de projets et des projets déterminés. Nous citerons ensuite des exemples, à chacun des niveaux retenus, de types particuliers d'évaluations qui devraient sans doute trouver leur place dans le cycle de l'étude approfondie de division. Nous commenterons chacun des exemples donnés sous l'angle des éléments de rendement. Nous ferons également mention d'autres facteurs à prendre en compte dans les évaluations. Le tableau 2 de l'annexe résume les exemples présentés.

Une fois qu'un cadre d'évaluation a été dressé pour la division avec des exemples d'évaluations à effectuer, il reste le problème épineux des ressources à résoudre. En raison des contraintes de la charge de travail, le personnel de programme ne devrait pas avoir beaucoup de temps à consacrer à la coordination des activités d'évaluation déchargées ou à une participation à ces activités. Dans la partie de ce document portant sur les ressources, nous indiquerons certaines façons possibles de contourner ce problème et évoquerons notamment la possibilité d'avoir amplement recours à des experts-conseils, de créer des mécanismes d'évaluation permanente et d'intégrer les éléments d'évaluation aux projets ou aux groupes de projets.

## 1. Introduction

Cet exposé vise à dresser un cadre d'évaluation pour la Division des sciences de la santé du CRDI. Il se propose d'aborder les questions fondamentales suivantes en ce qui concerne ce cadre :

- . pourquoi faut-il des évaluations?
- . qui en utilisera les résultats?
- . qu'est-ce que ces évaluations tenteront de mesurer?
- . quelles évaluations devrait-on songer à effectuer?
- . comment ces évaluations seront-elles réalisées et par qui?
- . quand devraient-elles l'être?

Ces questions ont suscité un grand débat dans la Division. Nous essaierons dans cet exposé d'en présenter les résultats d'une manière cohérente et logique.

L'évaluation est destinée à fournir une rétroaction sur le rendement (pour des périodes variant selon les circonstances) susceptible d'être utilisée en planification et en élaboration de politiques. On doit s'interroger à cet égard sur les utilisateurs de cette information. On peut nettement voir qu'il y a plusieurs groupes possibles d'utilisateurs, dont le Conseil des gouverneurs, la direction du Centre, le personnel de gestion des divisions et les administrateurs de programme. Aux fins de cet exposé, nous supposons que ces deux derniers groupes seront les principaux utilisateurs de l'information venant des évaluations réalisées par la DSSa elle-même. Le Conseil des gouverneurs et la direction du Centre peuvent eux aussi profiter de ces évaluations, mais leurs besoins seront, dans la plupart des cas, comblés grâce aux évaluations à l'échelle du Centre qui relèvent de la compétence du BPE.

La distinction entre responsabilité divisionnaire en matière d'évaluation et responsabilité du BPE a été clarifiée en novembre 1986 par le Comité du président et le Comité de gestion, qui ont approuvé certaines propositions de transformation du système d'évaluation du Centre. On énonçait dans ces propositions que les divisions sont principalement responsables du choix et de la réalisation des évaluations de projets et de programmes et que, pour sa part, le BPE devrait se consacrer davantage aux évaluations de programmes et, dans une



large mesure, aux évaluations de politiques dont font l'objet les grandes questions (annexe 1 CG/36, p. 5). En ce qui concerne les évaluations confiées aux divisions, il est convenu que celles-ci élaboreront les plans d'évaluation, que l'on définit comme des énoncés d'intentions indiquant quels projets et quels programmes seront évalués et mettant l'accent sur l'EAD comme cadre et occasion d'utilisation des résultats et d'élaboration des futurs plans d'évaluation. Les plans d'évaluation divisionnaires sont un élément essentiel du système d'évaluation du CRDI. Dans ce document, nous présenterons un plan provisoire pour la Division des sciences de la santé en fonction de la période visée par l'EAD; nous proposerons des activités à évaluer et indiquerons des périodes.

Nous utiliserons généralement aux fins de cet exposé (sauf avis contraire) la définition d'«évaluation» proposée par le EPE dans son document de travail de janvier 1988 au sujet de la planification des évaluations, définition disant que l'évaluation consiste en un examen rétrospectif des activités et expériences du CRDI. Le EPE a jugé cette définition appropriée au contexte des activités opérationnelles du Centre. Dans tout cela, il y a l'hypothèse de départ qu'avant d'effectuer une évaluation, on s'est interrogé sur le pourquoi de l'obtention de l'information et le comment de l'utilisation de cette même information.

Dans ce document, nous suggérerons des activités divisionnaires à évaluer, indiquerons pourquoi une évaluation devrait être faite dans ces cas précis et dégagerons enfin des critères de sélection des activités à évaluer en nous attachant au quoi des mesures effectuées en cours d'évaluation. Les activités divisionnaires sont examinées à divers niveaux. Nous reconnaissons que, pour chaque évaluation, la réponse aux questions fondamentales du qui, du pourquoi, etc., sera différente, mais il nous paraît possible d'indiquer des réponses probables à chaque niveau d'évaluation. Le mode d'évaluation, c.-à-d. les méthodes à appliquer, variera cependant selon les dossiers et c'est pourquoi nous n'aborderons cette question ici que sur un plan très général. Pour obtenir des renseignements détaillés sur les méthodes ou les procédures à suivre dans la réalisation d'évaluations, on peut se reporter au manuel des procédures d'évaluation du EPE, où figure un cadre d'évaluation et un certain nombre de documents pouvant être consultés en la matière.

## 2. Types d'évaluations

Dans la documentation spécialisée portant sur les évaluations dans le domaine de la santé, on propose un grand nombre de modes de mesure du rendement selon divers critères. Aux fins de cet exposé, nous emprunterons notre schéma d'évaluation à Rundall. C'est subjectivement que nous avons choisi ce schéma qui, quoique ayant été proposé pour l'évaluation de programmes de soins de santé, peut s'appliquer à peu près immédiatement à la recherche en sciences de la santé.

Rundall nous propose cinq aspects possibles d'évaluation du rendement, à savoir l'utilité ou la pertinence, l'avancement, l'efficacité, l'incidence et l'efficience. Voici comment ces éléments se définissent :

L'évaluation d'utilité ou de pertinence comprend les activités destinées à établir si un programme est nécessaire.

L'évaluation d'avancement, comme elle est décrite, comprend les activités visant à évaluer la mesure dans laquelle la réalisation est conforme à un plan établi d'avance. (On notera que, pour les besoins de l'exposé, nous avons étendu la définition d'évaluation d'avancement de Rundall à l'examen des procédés mis en oeuvre dans le programme ou le projet évalué, c.-à-d. à l'étude de ce que l'on a pu apprendre en cours de réalisation qui pourrait s'appliquer à de futures activités de même nature.)

L'évaluation d'efficacité comprend les activités destinées à établir si un programme ou un projet atteint des objectifs fixés d'avance.

L'évaluation d'incidence s'attache aux résultats à long terme d'un programme ou d'une série de programmes.

L'évaluation d'efficience essaie d'établir un lien entre les résultats d'un programme ou d'un projet et les ressources utilisées<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Rundall, T.G., Evaluation of Health Services Programs: Public Health and Preventive Medicine, 12<sup>e</sup> édition, p. 1831 à 1847.

Bien que chacun de ces cinq types d'évaluations puisse trouver sa place dans le plan général d'évaluation divisionnaire de la DSSa à différents niveaux et dans différentes circonstances, certains types d'évaluations seront particulièrement importants à chacun des niveaux et pour chaque usage auquel on destine l'information. Dans les paragraphes qui suivent, nous décrirons brièvement comment chaque type d'évaluations s'inscrit dans un cadre d'évaluation.

L'incidence des activités de la Division ou du Centre sur la santé et le bien-être des bénéficiaires est le plus souvent largement détachée, sur le plan du temps et du «contenu», des activités de recherche qui l'ont fait naître. Par conséquent, bien que l'incidence soit l'aspect du rendement qui nous intéresse le plus, il est extrêmement difficile d'incorporer une évaluation de l'incidence d'un programme divisionnaire au cycle d'évaluation sur quatre ans conçu pour correspondre à la période visée par l'EAD. De plus, il peut être plus facile d'évaluer une incidence lorsqu'on porte son regard sur des activités d'une taille plus «maniable», par exemple sur un groupe de projets apparentés, mais là encore le facteur «temps» et une foule d'autres variables doivent être pris en considération. Ainsi, même à ce niveau, il est loin d'être facile d'évaluer une incidence.

L'utilité ou la pertinence devrait être l'objet premier des évaluations réalisées au niveau des programmes ou des thèmes de la DSSa. Dans l'énoncé de la Division (partie I), on procède à une analyse comparative de l'offre et de la demande en recherche dans le domaine de la santé. A cette analyse s'ajoute une évaluation de la façon dont chaque programme réagit aux secteurs identifiés où une nouvelle aide paraît justifiée. Ce genre d'évaluation, au niveau des programmes ou des thèmes, pourrait s'effectuer périodiquement, disons tous les trois ou quatre ans, de préférence peut-être en relation avec l'EAD. On pourrait inclure dans de telles évaluations une étude de l'état de la recherche dans le monde en ce qui concerne des sujets précis relevant des sciences de la santé.

Des évaluations d'efficacité, où on rapproche les résultats des objectifs, sont utiles à presque tous les niveaux. Dans ces évaluations, l'horizon pourrait être relativement à court terme et on viserait, par exemple, à évaluer si les auteurs d'un projet ont atteint les objectifs fixés au départ, ou encore à plus long

terme si on devait chercher à établir, par exemple, si un programme est parvenu à réaliser les objectifs explicitement fixés.

Des évaluations d'avancement pourraient être entreprises à tous les niveaux, mais s'imposent particulièrement au niveau des projets. Dans le contexte des activités du CRDI, on les trouve dans le rapport de fin de projet (RFP) rédigé pour chaque projet. Les RFP pourraient servir d'outils de dégagement des leçons à tirer d'un projet et d'évaluation de la meilleure façon de gérer le portefeuille de projets de recherche financés par la division.

Dans le passé, l'efficience n'a pas été un des principaux objets des évaluations réalisées dans la division. Comme les RFP examinent entre autres l'efficience des procédés utilisés dans le cadre de projets, il est possible d'affirmer dans une certaine mesure que la question de l'efficience est étudiée à ce niveau. On notera cependant que celle-ci, si elle est définie en ces termes, pourra présenter autant d'intérêt, voire plus d'intérêt pour le bénéficiaire que pour la DSSa. De plus, on n'aborde pas la question plus large au niveau des programmes des coûts et des avantages des activités financées dans le cadre de programmes déterminés de la DSSa. Il est beaucoup plus difficile de s'attaquer à cette dernière question pour bien des raisons; songeons par exemple au fait que les avantages ne peuvent pas toujours être précisément définis et se prêtent parfois difficilement à une quantification, que la mesure des coûts ou des avantages doit se faire sur une longue période, etc. En ce qui concerne l'efficacité par rapport aux coûts, bien que l'on trouve dans la documentation spécialisée des modèles d'évaluation de cet aspect dans le domaine de la santé, il s'agit de modèles qui conviennent plutôt mal à la recherche en sciences de la santé. Ainsi, des modèles comme celui qu'ont proposé Shepard et Thompson essaient de rapprocher le coût net des interventions et les effets nets sur la santé<sup>2</sup>. On notera encore une fois dans ce cas que tous les coûts afférents doivent être mesurés sur une longue période et que, du fait des nombreuses variables qui entrent en jeu, il est extrêmement difficile d'établir un lien entre recherche en santé et incidence sur la santé. Nous proposons donc que, dans la mesure du

---

<sup>2</sup> Shepard, D.S. et Thompson, M.S., First Principles of Cost-Effectiveness Analysis in Health: Public Health Reports, vol. 94, n° 6, novembre-décembre 1979.

possible, l'efficience soit prise en compte dans l'évaluation des programmes, mais sans constituer l'objet premier des évaluations au niveau des programmes. En dehors du cadre d'évaluation, on est toutefois appelé à jeter également un regard sur l'efficience dans le cadre des activités de gestion permanente de la Division et d'activités complémentaires comme la vérification interne.

### 3. Hierarchie des évaluations

Dans l'élaboration d'un plan d'évaluation, il est utile d'examiner tout d'abord quels types d'évaluations sont actuellement effectués et quels autres types d'évaluation devraient intervenir au niveau divisionnaire en complément. A l'heure actuelle, des évaluations à apports sectoriels sont entreprises sous la direction du BPE sur des questions intéressant tout le Centre. Un autre élément clé du système d'évaluation du CRDI est l'étude approfondie de division (EAD) que subit chaque division de programme et qui a lieu tous les quatre ou cinq ans. A un niveau plus fin, on produit pour tous les projets terminés un rapport de fin de projet (RFP), qui expose l'histoire d'un projet. De plus, l'étude que font les administrateurs de programme des rapports techniques relatifs aux projets financés par la DSSa comprennent des éléments d'évaluation non structurée.

On peut voir que l'élément qui n'est pas pris directement en compte dans la stratégie d'évaluation globale du Centre est l'évaluation se situant quelque part entre les évaluations (EAD et à apports sectoriels) réalisées à un niveau «macro» et les RFP du niveau «micro». Ces évaluations de «niveau intermédiaire», qui peuvent porter sur les programmes, les thèmes, les groupes de projets ou des projets déterminés, devraient constituer, par conséquent, l'objet premier des plans divisionnaires. Le tableau 1 présente une hiérarchie d'évaluation divisionnaire, qui est une version modifiée de la hiérarchie proposée par le BPE pour les évaluations à l'échelle du Centre. Elle indique comment chaque niveau proposé d'évaluation s'insère dans le cadre général. Le tableau 2 résume les évaluations dont on propose la réalisation à chacun des niveaux. Nous examinerons plus en détail ces différents niveaux dans les pages qui suivent.

### 3.1 Évaluations à apports sectoriels

Dans son document de travail de janvier 1988 sur la planification des évaluations et le cadre des questions de politiques, le BPE suggère que des études se rapportant à des divisions particulières soient réalisées dans certains cas en vue de combler des lacunes dans les connaissances acquises sur les questions intéressant tout le Centre. Dans ce document, le BPE évoque certaines évaluations de ce type qu'il entend réaliser au cours des prochaines années et certaines autres qui demeurent à l'état d'avant-projet. Une évaluation de l'expérience acquise par la DSSa dans certains des secteurs mentionnés, celui du renforcement institutionnel (AIIR) par exemple, devrait normalement faire partie intégrante de ces évaluations relevant du BPE. Il est difficile à ce stade de dégager les secteurs où la DSSa pourrait effectuer une évaluation dans le cadre ou en complément d'évaluations à apports sectoriels, mais on peut songer pour les prochaines années à des sujets possibles comme la nutrition et les femmes et le développement. La division continuera à collaborer étroitement avec le BPE à l'identification de secteurs de politiques intéressants et à la réalisation des volets des études où elle peut apporter une contribution.

### 3.2 Évaluations au niveau des divisions

L'EAD est une étude structurée, entreprise par un comité constitué par le Conseil des gouverneurs, de la mission, des objectifs, du plan stratégique et du rendement global d'une division. Bien que les aspects de l'incidence présentent un intérêt capital dans l'examen du rendement d'une division, l'EAD a tendance à s'attacher, à cause des difficultés évoquées plus haut d'évaluation de l'incidence, à d'autres aspects du rendement divisionnaire comme l'utilité ou la pertinence et l'efficacité. Les questions abordées par l'EAD intéressent essentiellement les politiques et les programmes. Les questions de gestion sont étudiées sur une base permanente par la Gestion de la division et relèvent également de la vérification interne, qui a lieu

tous les quatre ans et présente un caractère complémentaire par rapport à l'EAD.

### 3.3 Évaluations au niveau des programmes

A ce niveau, il est utile d'établir une distinction entre les évaluations prospectives et les évaluations rétrospectives qui sont habituellement réalisées au Centre, comme les définit le BPE (voir la page 3 du présent exposé). En ce qui concerne les premières, dans l'examen de leurs objectifs, les responsables des programmes de la DSSa devraient s'assurer que ceux-ci sont énoncés d'une manière qui facilitera la mesure de leur réalisation. En ce sens, l'évaluation sera à caractère prospectif et s'intéressera tout particulièrement à l'efficacité. De plus, dans la mesure où on évalue le succès des stratégies choisies pour la réalisation des objectifs (de préférence sur une base permanente), on aborde aussi la question de l'avancement des activités. Des groupes de «pairs extérieurs» pourraient procéder à des évaluations de programmes de ce type.

Dans le cas des évaluations rétrospectives, si on songe que les programmes de la DSSa viennent de faire l'objet d'une importante réorganisation, il est peu probable qu'une évaluation de programme de ce genre effectuée dans le cycle EAD présente un intérêt considérable. Il sera plus facile d'envisager de telles évaluations une fois que les programmes de la Division seront mieux établis et que leurs responsables auront eu le temps de bien mettre en route toutes leurs activités thématiques. Ce moment devrait se situer quelque part dans le prochain cycle EAD.

Une activité actuellement financée par la DSSa et qui devrait être prise en considération dans tout examen de l'utilité ou de la pertinence des programmes de la Division est celle de la Commission internationale indépendante sur la recherche sanitaire au service du développement. Cette initiative, qui devrait être menée à terme vers la fin de 1989 ou au début de 1990, devrait procurer à la DSSa des renseignements qui lui

permettront d'évaluer et de modifier, s'il y a lieu, ses programmes en vue d'accroître leur utilité pour les bénéficiaires du Centre.

### 3.4 Évaluations de thèmes

Pour les thèmes, nous pourrions répéter les arguments que nous avons fait valoir au sujet de l'évaluation des programmes de la DSSa et dire que la restructuration des programmes laisse trop peu de temps dans le cadre du cycle EAD pour que l'on puisse se livrer à une évaluation rétrospective significative de ce niveau d'activité. Toutefois, l'éducation sanitaire constituant un thème clé du programme «Santé et collectivité», voilà un secteur qui devrait peut-être faire l'objet d'une évaluation dans un proche avenir; la division a une expérience considérable dans ce domaine, qu'il s'agisse de projets portant principalement sur l'éducation sanitaire ou la promotion de la santé ou de projets qui comportent un volet dans ces mêmes secteurs. D'autres divisions comme la Division des sciences sociales et la Division des communications ont également soutenu des projets sur ce thème. C'est pourquoi le programme Santé et collectivité propose qu'une évaluation réalisée en collaboration avec le BPE s'attache aux méthodes appliquées dans les divers projets des divisions. L'examen porterait sur des projets d'autres divisions, mais l'initiative de l'évaluation viendrait du secteur Santé et collectivité et l'exercice tomberait donc dans la catégorie des «thèmes» de la DSSa. A la faveur de cette évaluation, on devrait essayer d'établir comment, en ce qui concerne ce sujet, les programmes de la DSSa, de la DSSo et de la Division des communications pourraient le mieux être structurés en fonction d'une nécessaire complémentarité. Une telle évaluation pourrait aussi être incorporée à une étude générale de ce même sujet, où on examinerait non seulement l'expérience acquise par le CRDI, mais aussi l'état général de la recherche dans ce secteur et l'offre et la demande qui le caractérisent. L'évaluation pourrait être réalisée par un petit groupe de «pairs» de l'extérieur avec le concours du BPE et de la DSSa.



### 3.5 Évaluations de groupes de projets

A ce niveau, beaucoup de groupes de projets pourraient faire l'objet d'une évaluation. Voici un bref examen de ces divers groupes (qui ne s'excluent pas nécessairement les uns les autres) et des aspects particuliers les plus «prometteurs» dans ceux-ci :

#### a) Réseaux

Aux fins de cet exposé, nous définirons les réseaux comme des groupes de projets à orientation semblable et qui, bien que réalisés dans des instituts et des pays différents, sont liés par des mécanismes communs de coordination. Lorsqu'on cherche à voir quels sont les meilleurs «candidats» à une évaluation parmi les réseaux financés par la DSSa, on songe tout de suite aux projets Norplant. Bien que ne formant pas officiellement un réseau à proprement parler, ces projets se prêtent sans doute fort bien à une évaluation. On a déjà réalisé une évaluation externe sur la mise au point de cette technologie. Il serait très utile de disposer des données d'une évaluation complémentaire ayant pour objet l'introduction de cette technologie pour bien juger de l'efficacité de ce groupe de projets. Cela serait particulièrement intéressant à cause de l'importance des investissements de la division dans ce type de technologie et des questions que l'on se pose fort légitimement à l'heure actuelle sur ce qu'il convient de faire à l'avenir dans ce secteur.

#### b) Groupes de projets se rapportant à un problème particulier

On entend par là les projets ayant des orientations différentes, mais se rapportant tous à un même problème, qu'il s'agisse de la leishmaniose, de l'hépatite B ou de l'intoxication par des pesticides. Dans de telles évaluations, la division s'attacherait à un groupe de projets et d'interventions apparentés qui déborde les délimitations de programmes et, dans certains cas, les «frontières» des divisions. Ce que l'on doit étudier principalement ici, c'est

l'organisation et le fonctionnement interdisciplinaires des projets et les recommandations que l'on pourrait formuler, sur la base des constatations en matière d'efficacité et d'avancement, sur l'aide future de la DSSa dans ces mêmes secteurs.

c) Groupes de projets réalisés avec des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux internationaux

Par organismes gouvernementaux internationaux, on entend des organismes comme l'OMS ou l'UNICEF. La DSSa a apporté une aide à long terme à plusieurs programmes spéciaux de l'OMS portant notamment sur la recherche en maladies tropicales, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la reproduction humaine. Les fonds octroyés aux responsables de ces trois programmes se sont élevés au total à 4 347 000 \$ pour la période comprise entre la création du Centre et le 31 mars 1988.

La division a également soutenu des projets réalisés avec plusieurs organismes non gouvernementaux (ONG) internationaux; on peut citer l'exemple du Programme de technologie appropriée pour la santé (PTAS) et du Conseil de la population. Elle a financé 35 projets entrepris avec ces deux organismes pour une valeur totale de 10 230 000 \$.

Dans le document sur la collaboration présenté en annexe à l'énoncé de division de la DSSa, on expose la politique de la division concernant l'appui que l'on pourrait destiner à l'avenir à ces organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux internationaux. Si on considère l'aide abondante accordée à ces organismes dans le passé et l'intérêt que porte naturellement le Conseil des gouverneurs à ce sujet, une évaluation de telles initiatives nous aiderait à façonner la future politique de la DSSa dans ce secteur. En ce qui concerne le soutien des programmes spéciaux de l'OMS, la division pourrait se reporter aux rapports annuels ainsi qu'aux évaluations internes ou externes de ces programmes pour juger de l'efficacité globale de ceux-ci.

Pour ce qui est de l'appui prêté aux ONG internationaux, une bonne partie des fonds octroyés au Conseil de la population dans le passé intéressait la technologie Norplant (voir ce qui a été dit plus haut sur l'évaluation des réseaux de projets). Dans le cas du PTAS, on procédera pendant la première année du cycle EAD (1988-1989) à une étude de tous les projets de cet organisme financés par la DSSa, ainsi que de leurs résultats. Les conclusions de l'étude iront au Conseil des gouverneurs du CRDI.

d) Projets comportant l'emploi de méthodes novatrices

Un des thèmes proposés du programme Santé et collectivité est celui de la mise au point de méthodes de recherche participative et de l'amélioration de nos connaissances sur la dynamique des collectivités. La DSSa a peu financé de tels projets jusqu'à présent, mais nous avons récemment donné le feu vert à un certain nombre de projets appartenant à cette catégorie et le nombre de ceux-ci devrait s'accroître dans l'avenir. C'est pourquoi il serait bon d'évaluer plusieurs de ces projets vers la fin du cycle EAD en cours, surtout pour bien voir quels sont leur efficacité et leur mode de fonctionnement. Cette évaluation pourrait entrer dans un examen plus large à l'échelle du Centre des initiatives de recherche participative.

### 3.6 Évaluations de projets

Outre les RFP produits pour tous les projets (voir la section 3.7), des évaluations nous seraient utiles pour plusieurs types de projets. Nous décrirons plus bas les catégories que forment ces derniers :

a) Projets pilotes

La division a financé un certain nombre de projets pilotes ou de projets de démonstration. Il serait bon de procéder à une évaluation de ces projets afin d'établir s'ils ont atteint leurs objectifs et se sont révélés efficaces par rapport aux coûts. Nous

aurions ainsi la possibilité de faire des recommandations au sujet de toute nouvelle diffusion des connaissances acquises ou des techniques mises au point. A titre d'exemple, citons le projet d'éducation nutritionnelle concernant les nourrissons réalisé à St-Christopher-et-Nevis avec le CFNI (projet 3-P-83-0103). Une étude de suivi a été proposée pour l'évaluation des résultats et de l'efficacité de ce projet. La DSSa financera cette évaluation (projet de phase II) comme projet de recherche. L'étude pourrait entrer dans l'évaluation proposée de tous les projets soutenus par la DSSa en éducation sanitaire ou pourrait avoir lieu à part. Comme autre exemple, mentionnons le projet de latrines DAFF (3-P-87-0286) réalisé au Guatemala et où on évaluera l'efficacité des interventions de la première phase. La division pourrait aussi financer d'autres projets de suivi en phase II en vue d'établir comment les résultats des projets pilotes pourraient être appliqués.

b) Projets multivolets

Il s'agirait des projets où la recherche est effectuée dans plusieurs pays simultanément. On trouverait dans cette catégorie des projets comme celui de la pollution des rivières par des métaux lourds (Amérique Latine) ou le projet proposé sur l'aide psychosociale et les résultats de la grossesse, qui aura également pour cadre l'Amérique Latine. L'expérience acquise et les leçons tirées des activités de promotion de la coopération Sud-Sud présenteraient sûrement de l'intérêt. Étant donné les périodes en cause, le premier se trouvant à mi-parcours et le second n'ayant pas encore démarré, il serait bon d'envisager l'évaluation vers la fin du cycle EAD.

c) Projets multiphases

La DSSa a soutenu de nombreux projets multiphases, et notamment ceux portant sur les techniques de contraception en Inde et la bilharziose en Égypte. Par une évaluation de ces projets, on viserait à évaluer ce qui a été accompli jusqu'à présent

(efficacité) et à présenter des recommandations au sujet de l'aide future de la DSSa (utilité ou pertinence). En fait, deux experts-conseils canadiens, MM. Robert Kinch et Thomas Wegmann, ont procédé vers la fin de 1985 pour le compte de la DSSa à une évaluation du projet des techniques de contraception en Inde. Les résultats de l'évaluation ont été très positifs. Les consultants ont recommandé que le CRDI continue à aider le Conseil de la population et maintienne ou accroisse le financement qu'il destine à l'Institut national d'immunologie de l'Inde en vue de la mise au point d'un vaccin contraceptif.

On devrait effectuer vers le milieu du cycle EAD d'autres évaluations de projets multiphasés intéressants.

c) Projets de renforcement institutionnel à grande échelle

Ce volet pourrait être lié à une évaluation générale à apports sectoriels des activités de renforcement institutionnels, que prévoit réaliser le BPE (voir ce que nous avons dit plus haut sur les évaluations globales à apports sectoriels).

Un projet que nous aimerions évaluer est celui du programme de recherche sur les services de santé au Sri Lanka. Ces activités sont actuellement mises en route et on ne pourrait, par conséquent, prévoir une évaluation que pour la fin du cycle EAD. Une évaluation s'impose à cause de l'investissement en ressources dans ce projet et des conséquences sur le plan des politiques. La DSSa devrait-elle participer à d'autres activités de même nature? Si oui, à combien, où et dans quelle mesure? L'évaluation viserait à mesurer l'efficacité du projet par rapport à ses objectifs énoncés et à apprécier son incidence aussi bien sur la recherche dans le domaine de la santé au Sri Lanka que (autant qu'il soit possible de juger ces aspects avec précision) sur le système de santé et l'état de santé des bénéficiaires. Il s'agit d'une évaluation qui devrait être considérée comme relativement prioritaire. Un autre bon sujet d'évaluation serait l'aide institutionnelle accordée à la BAIF,

mais c'est le BPE qui a la responsabilité de cette évaluation qui sera confiée à des gens de l'extérieur avec des fonds de l'ACDI.

e) Grands projets suffisamment importants en eux-mêmes

On rangera dans cette catégorie les projets qui présentent une certaine importance dans le contexte des activités de la DSSa à cause de l'investissement que l'on a fait, du grand intérêt possible des résultats des travaux, etc. Les projets qui ne font pas partie du plan d'évaluation et qui excèdent une certaine valeur en dollars, en l'occurrence 750 000 \$, seraient pris en compte. L'évaluation de ces projets relèverait avant tout de l'obligation de rendre compte, ce qui veut dire efficacité par rapport aux coûts, mais les renseignements obtenus pourraient être exploités à d'autres fins, pour l'établissement des futures orientations (utilité ou pertinence) ou la description des enseignements à tirer des activités (procédés), par exemple. Deux projets importants qui devraient faire l'objet d'une évaluation sont le projet de phase II CIMDER en Colombie et le projet sur la mortalité périnatale en Jamaïque.

On prévoit une évaluation du CIMDER quelque part en 1988-1989, à peu près à mi-parcours dans le déroulement des activités. Une évaluation du projet sur la mortalité périnatale en Jamaïque interviendrait utilement si elle avait lieu d'ici 12 ou 24 mois, car on songe déjà à une phase ultérieure pour ce projet qui nous livrera sans doute de précieux renseignements.

f) Projets à volet d'évaluation intégré

De nombreux projets soutenus par la DSSa comptent un volet d'évaluation interne ou externe intégré. On n'a qu'à songer au projet récemment approuvé de formation en gestion de la santé (projet de phase III 3-P-87-0200). Le programme offert dans le cadre de ce projet fait l'objet d'une évaluation interne tous les ans et d'une évaluation indépendante par des experts-conseils de

l'extérieur après une quatrième année d'activité. On a également incorporé un volet d'évaluation au projet de phase III 3-P-87-0084 sur la technologie du pompage de l'eau en Malaysia, volet qui nous permettra de tirer des leçons sans doute utiles à d'autres projets des activités ayant conduit de la mise au point d'une technologie à l'application de celle-ci. De telles évaluations intégrées seront prises en compte dans les décisions en planification de programmes, de politiques ou de projets.

### 3.7 Rapports de fin de projet

Le rapport de fin de projet (RFP) permet d'examiner les résultats d'un projet en les rapprochant des objectifs fixés au départ. Les RFP se rattachent aux objectifs relatifs à l'obligation de rendre compte et à la création d'une mémoire collective au niveau de l'organisme. On en rédige pour tous les projets terminés. Bien que ne constituant pas en soi une évaluation officielle et indépendante des projets, les RFP nous livrent une brève appréciation rétrospective des divers projets du point de vue de l'administrateur de programme et de la division responsables et s'attachent à plusieurs aspects du rendement, et notamment à l'avancement et aux procédés utilisés. Ils essaient de répondre aux six questions de base suivantes :

Quels résultats ont été obtenus dans le projet et les activités et les résultats ont-ils été conformes aux objectifs fixés et aux méthodes adoptées?

Le projet a-t-il créé des capacités institutionnelles, gestionnelles ou scientifiques (sur le plan individuel) dans la mesure où ce type de développement représentait au départ un des objectifs explicitement ou implicitement fixés pour les activités?

Qu'a-t-on fait en ce qui concerne la publication ou la diffusion des résultats?

Qu'a-t-on tiré comme enseignements pouvant permettre au CRDI de mettre au point de meilleurs projets à l'avenir ou d'améliorer ses politiques et ses pratiques?

Quelles mesures de suivi devront être prises le cas échéant?

Quelle est la «valeur» du projet?

Jusqu'ici, on a rédigé des RFP pour plus de 210 projets terminés dans la DSSa. Ceux-ci sont généralement dressés au nom de l'administrateur de programme concerné par un adjoint à la recherche qui examine le dossier du projet et réunit les informations nécessaires. Une fois ces étapes franchies, l'administrateur de programme passe en revue les renseignements, ajoute sa propre évaluation et autorise la remise du document. C'est le système qui est considéré par la division comme le plus rapide dans les circonstances. Au cours du cycle EAD, la DSSa prendra ses dispositions pour liquider ses «arriérés» de RFP (s'établissant à environ 90 projets au moment où nous rédigeons ce document) et s'assurer que ces rapports jouent un rôle approprié dans les activités de planification. Ce faisant, elle vérifiera si l'outil RFP comme il est structuré satisfait à tous les critères de comparabilité et d'utilité.

#### 4. Ressources à prévoir

Le tableau 2 présente en résumé un certain nombre d'évaluations et d'activités d'évaluation possibles. Le nombre d'évaluations proposées semble égal ou même supérieur à la quantité de ressources que la DSSa peut affecter aux activités d'évaluation si elle applique la règle souvent recommandée des 5 %, suivant laquelle 5 % du temps du personnel professionnel de la division devrait être consacré à des activités dans le domaine de l'évaluation. Comme on sait que ces 5 % vont en grande partie à l'étude des rapports, à la rédaction des RFP et à d'autres travaux courants, on doit supposer que les experts-conseils seront largement mis à contribution dans les évaluations. Certains professionnels de la DSSa pourraient être dégagés de leurs responsabilités habituelles pour des



périodes pouvant atteindre 3 mois en vue d'activités d'évaluation si les ressources le permettent, mais si on en juge par les niveaux actuels de dotation, la chose paraît peu probable. Le personnel de la division pourrait participer directement aux évaluations, mais le plus souvent il serait appelé à exercer des fonctions de coordination, qu'il s'agisse d'établir des mandats, de choisir les consultants, de servir de trait d'union entre ceux-ci et la division ou d'exercer d'autres tâches de même nature. Pour atténuer le plus possible les surcharges que l'évaluation pourrait imposer au personnel professionnel de la Division, on veillera autant que possible à faire de l'évaluation un mécanisme permanent ou à l'intégrer à des projets, à des groupes de projets, etc.

## 5. Conclusions

Dans ce document, nous proposons un plan d'évaluation pour la Division des sciences sociales en fonction des cinq ans du cycle EAD. On prévoit que l'information venant des évaluations indiquées sera fort utile à la division dans l'exercice périodique de révision de son plan stratégique. Tout comme le plan stratégique de la Division, le plan d'évaluation proposé sera revu et modifié à intervalles réguliers pour qu'il épouse le mieux possible les exigences de la division et du Centre.

## Annexe

Tableau 1

### HIERARCHIE DU CADRE D'ÉVALUATION DE LA DSSa

#### NIVEAU D'ÉVALUATION

#### QUESTIONS DE POLITIQUES A L'ÉCHELLE DU CENTRE

#### DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Programme :	Systèmes de santé	Santé et collectivité	Santé et environnement
Thèmes :	Actuellement définis ou affinés par les responsables des programmes		
Groupes de projets :	Réseaux Groupes de projets se rapportant à un problème de santé déterminé Projets réalisés avec des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux internationaux Projets comportant l'emploi de méthodes novatrices		
Projets :	Projets pilotes Projets multivolets ou multiniveaux Projets multiphases Projets de renforcement des capacités institutionnelles à grande échelle Grands projets suffisamment importants en eux-mêmes Projets à volets d'évaluation intégré		
Rapports de fin de projet :	Produits pour tous les projets		

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉTABLEAU SOMMAIRE DES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION ET DES ACTIVITÉS APPARENTÉES POSSIBLES

1988-1989

1989-1990

1990-1991


1991-1992

Évaluations  
générales à  
apports  
sectoriels  
auxquelles  
participerait  
la DSSa

AIIR (1)

Division :

EAD

Programme :  activité permanente

Commission internationale  
indépendante

Thèmes :

Éducation sanitaire

Groupes de - PTAS  
projets

- Leishmaniose  
ou autres sujets  
- Programmes spé-  
ciaux de l'OMS

- Norplant

- Recherche  
participative

Projets : - CIMDER

- Mortalité  
périnatale  
(Jamaïque)

- Pollution des  
rivières par  
des métaux lourds  
ou aide psycho-  
sociale et  
résultats de la  
grossesse

- Recherche en  
services de  
santé au Sri Lanka

- Bilharziose (Égypte)

Projets à  
volet  
d'évaluation  
intégrés :

- Réseau d'étude  
sur le pompage  
de l'eau  
- Cours sur la  
gestion en santé  
- (U de T) BAIF

RFP :  activité permanente

(1) Périodes à fixer.

## **AIDE A LA RECHERCHE SUR LE SIDA**

**Exposé de vues rédigé pour l'étude approfondie de division (EAD)**

**mars 1988**

**S. Simon  
L. Gelmon  
E. St-Onge  
D. de Savigny**

Cadre dressé par la Division des sciences de la santé pour  
l'aide à la recherche sur le SIDA

1. Introduction

- 1.1 Au cours de la dernière année, on a reconnu que l'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) est la principale affection pandémique du siècle, bien que l'on continue à s'interroger sur son importance définitive sur le plan de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité. On juge actuellement qu'au moins la moitié des gens qui sont infectés par le HIV auront un jour le SIDA (syndrome immunodéficitaire acquis), un mal à issue fatale pour lequel il n'existe actuellement ni vaccin de prévention ni moyen curatif. La maladie se répand dans toutes les couches de la société et dans tous les pays du monde développé et du monde en développement.
- 1.2 Si on en juge par ce que nous savons aujourd'hui sur son épidémiologie, le SIDA pourrait faire des ravages dans tous les secteurs de développement des pays les plus touchés et les moins capables de résister à ses atteintes. À cause de son mandat, le CRDI a un rôle particulier à jouer dans la campagne mondiale contre le SIDA; il lui appartient d'appuyer des recherches qui permettront de contenir toute propagation nouvelle du virus en vue de soutenir et de favoriser la lente marche des pauvres du monde vers une meilleure vie.
- 1.3 Au Centre, la Division des sciences de la santé a aussi un rôle spécial à jouer. Pour remplir la fonction assignée d'organe de coordination des activités d'aide du CRDI à la recherche dans ce domaine, elle doit d'abord dresser un cadre rationnel de financement qui pourra promouvoir la collaboration interdivisionnaire et servir de base à l'adoption à l'échelle du Centre d'une politique d'appui à la recherche sur le SIDA. Dans le présent document, nous essaierons d'édifier un tel cadre.

2. Description du problème

- 2.1 L'affection HIV est principalement une infection transmise sexuellement qui est également propagée par des instruments et des aiguilles d'injection intraveineuse contaminés, par les transfusions de sang et de produits sanguins infectés ou par les transmissions congénitales mère-bébé. Les méthodes actuellement utilisées pour freiner sa propagation visent à en interrompre la transmission, qu'il s'agisse d'éducation sanitaire incitant à restreindre le nombre de partenaires sexuels et à adopter des pratiques plus sûres en matière sexuelle (ce qui comprend l'utilisation de condoms), de stérilisation d'aiguilles et de seringues, de sélection des gens qui donnent du sang ou des organes ou de microfiltration et de traitement thermique des produits biologiques d'infusion.

- 2.2 Dans l'ensemble, le HIV affecte d'une manière prédominante les hommes et les femmes âgés de 20 à 45 ans, qui constituent le groupe le plus actif de la société sur le plan de la production et de la reproduction. Des études récentes ont indiqué une séropositivité HIV pouvant atteindre 20 % de toute la population adulte dans certaines régions de l'Afrique. La décimation possible de cette cohorte pourrait avoir de grandes répercussions dans tous les secteurs de la vie sociale et économique. Au gré de la propagation du SIDA, les possibilités de transmission congénitale ou périnatale aux nouveau-nés ont tendance à s'accroître.
  - 2.3 Les pays industrialisés peuvent plus facilement mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre la transmission de ce virus. Les populations plus riches et plus instruites ont un éventail beaucoup plus large de possibilités que la population de la plupart des pays en développement et se prêteront sans doute mieux à des modifications de comportement destinées à freiner cette propagation.
  - 2.4 Dans les pays en développement, la surcharge que représente le SIDA pour des systèmes et des budgets de santé déjà extrêmement grevés aura des effets paralysants. Sur le front de la recherche, l'attaque massive des pays développés contre le SIDA a déjà fait naître des initiatives de recherche peu appropriées de la part de chercheurs étrangers oeuvrant dans les pays en développement. L'avantage relatif du CRDI dans l'aide qu'il peut apporter aux chercheurs du Tiers-Monde désireux de frayer eux-mêmes les voies pourrait se révéler un moyen d'assistance plus efficace dans des pays qui ont à se donner des armes contre la propagation du SIDA tout en ménageant une acceptation maximum de la part des populations locales.
3. Besoins actuels (1988)
    - 3.1 L'Organisation mondiale de la santé coordonne la campagne mondiale contre cette maladie grâce à son programme mondial de lutte contre le SIDA. Depuis février 1987, ce programme a mis principalement l'accent sur le matériel nécessaire à la lutte contre la transmission du HIV dans les pays en développement les plus touchés, qu'il s'agisse d'aider ces pays à introduire une sélection anti-SIDA dans les banques de sang, de créer des capacités locales de diagnostic en laboratoire ou de mettre en place des comités nationaux de mobilisation contre le SIDA.
    - 3.2 Une grande partie de la recherche et du développement devra avoir pour objet le volet «logiciel» de la prévention du SIDA dans les pays en développement les plus exposés : collecte de données épidémiologiques exactes en matière de prévalence et de transmission, identification et correction des pratiques délétères, promotion des traditions culturelles les plus susceptibles de réduire les risques de transmission, etc.

- 3.3 Il est également important de prévenir toute nouvelle propagation du HIV dans les pays en développement où la prévalence est jugée peu élevée à l'heure actuelle, prévention pouvant prendre principalement la forme d'une campagne «intensive» d'éducation du public et de surveillance épidémiologique, jointe à des examens en laboratoire. On devra encore étudier les meilleures façons d'y parvenir.
- 3.4 Toujours en ce qui concerne l'aspect «logiciel», on devra entreprendre des recherches sur la façon d'intégrer les efforts nationaux de lutte contre le HIV et de «gestion» du SIDA aux systèmes de santé en place.
4. Domaines proposés d'aide de la Division des sciences de la santé à la recherche sur le SIDA

Voici ce que nous proposons comme thèmes pour les recherches sur le SIDA pouvant être considérées comme appropriées à des fins de financement par la DSSa. Ces thèmes ont été choisis parce qu'ils correspondent à d'importantes lacunes d'information dans le cadre de la stratégie générale de prévention dans les pays en développement de prévalence HIV élevée ou basse. On ne peut douter que des études bien conçues et bien exécutées sur les sujets retenus pourraient donner des résultats pratiques précieux. La transformation de cette information en politiques et en programmes sera sans doute largement fonction des volontés politiques et des ressources disponibles.

Par sa nature même, le SIDA donne aux questions de recherche un caractère multisectoriel qui rend difficiles les rattachements directs au mandat de programmes déterminés de la DSSa. Si nous regardons le problème dans son ensemble, il nous paraît possible de regrouper sous quatre thèmes généraux toutes les idées et avant-projets de recherche que nous proposons :

- études portant sur la nature et l'ampleur du problème dans les pays en développement;
- études des technologies de diagnostic et de prévention;
- études des comportements et de leurs effets sur la transmission et la prévention de la maladie et la lutte contre sa propagation;
- études des stratégies et méthodes de prévention par les systèmes de santé et les systèmes d'éducation;
- études de l'élaboration et de l'essai de méthodes et de stratégies d'identification, de surveillance et de prise en charge des gens atteints de la maladie.

Pour la commodité de la présentation, nous avons tenté de grouper les sujets particuliers se rattachant à ces thèmes selon les programmes de la DSSa les plus appropriés sans établir à ce stade un ordre de priorité. Certains sujets se prêtent à une élaboration commune; d'autres débordent le cadre de programmes donnés et s'harmonisent avec des orientations stratégiques proposées pour la DSSa comme le programme d'éducation sanitaire concernant le SIDA; d'autres encore appellent en toute logique une collaboration avec d'autres divisions du CRDI, et

notamment les divisions des sciences sociales, des sciences de l'information et des communications; et d'autres enfin serviront de point d'introduction dans le contexte plus large de la création de capacités de recherche.

#### **4.1 Orientations de recherche sur le SIDA pour Santé et environnement**

- 4.1.1 Enquêtes séroépidémiologiques dans les pays en développement où on soupçonne une prévalence HIV élevée.
- 4.1.2 Recherche sur l'instauration d'un régime de surveillance active, particulièrement dans les pays en développement où la prévalence HIV est jugée peu élevée (ce que l'on appelle le groupe des pays de «deuxième ligne»).
- 4.1.3 Études comparatives sur les signes et les symptômes du SIDA en région rurale, urbaine et périurbaine pour que l'on puisse élaborer des critères de diagnostic clinique pour différents niveaux de prestation de services de santé.
- 4.1.4 Études des facteurs de risque liés aux modes de transmission de l'infection HIV (transmission sexuelle, transmission mère-bébé, circoncision, scarifications, rasage avec des rasoirs à usage collectif, utilisation de drogues à injection intraveineuse) et qui peuvent intéresser différents groupes socio-économiques et ethniques.
- 4.1.5 Recherche portant sur les manifestations de l'infection HIV et du SIDA s'il existe ou se produit des infections sous-jacentes (tuberculose, malaria et autres affections parasitiques, rougeole, syphilis, etc.).
- 4.1.6 Recherche appliquée portant sur les technologies appropriées peu coûteuses pour le diagnostic de l'infection HIV et le traitement des gens atteints du SIDA.

#### **4.2 Orientations de recherche sur le SIDA pour la Recherche sur les systèmes de santé**

- 4.2.1 Recherche sur les systèmes de santé ayant pour objet les conséquences des politiques et pouvant mener à l'élaboration de recommandations scientifiques d'adoption de politiques nationales de santé en ce qui concerne les aspects suivants de la lutte contre le SIDA :
  - programmes élargis et universels d'immunisation;
  - campagnes d'allaitement maternel;
  - avortements thérapeutiques;
  - confidentialité des relations médecin-patient;
  - consentement éclairé.



- 4.2.2 Recherche opérationnelle portant sur l'intégration des activités de prévention et de traitement du SIDA aux activités des programmes nationaux de soins de santé primaires (notamment dans les domaines de l'hygiène maternelle et infantile et du planning familial) et aux systèmes d'information relatifs à la surveillance et à la gestion de la maladie.
- 4.2.3 Recherche visant à établir les coûts actuels et futurs des interventions anti-SIDA à chaque niveau du système de santé (régimes nationaux d'assurance-maladie compris) et à identifier et à évaluer les mécanismes possibles de financement supplémentaire.
- 4.2.4 Études de faisabilité de la commercialisation et de la promotion de condoms en latex de qualité élevée et abordables, de spermicides et de techniques semblables propres à réduire les risques de transmission.
- 4.2.5 Études comparatives de l'efficacité par rapport aux coûts de stratégies parallèles de traitement (soins à domicile par rapport aux soins en établissement, régimes différents de soins palliatifs, etc.).
- 4.3 Orientations de recherche sur le SIDA pour Santé et collectivité
- 4.3.1 Études réalisées en collaboration avec les collectivités de régions de prévalence et d'incidence HIV élevées en vue de comprendre :
- les facteurs comportementaux locaux de transmission du virus HIV;
  - les traditions et les tabous autochtones qui conditionnent la propagation du virus;
  - la façon dont des sociétés ou des cultures particulières s'occupent des victimes du SIDA en leur sein;
  - influence possible de dirigeants civils et religieux locaux sur les comportements communautaires;
  - connaissances et attitudes du public concernant le SIDA.
- 4.3.2 Études entreprises en collaboration avec les collectivités des régions de prévalence HIV peu élevée en vue de comprendre :
- les coutumes et les comportements locaux à potentiel délétère en ce qui concerne la propagation du virus HIV;
  - pratiques bénéfiques qui pourraient servir à juguler la transmission du virus HIV si celui-ci devait faire son apparition dans la collectivité;

- connaissances et attitudes du public concernant le SIDA et façons les plus appropriées d'agir sur cette situation.

- 4.3.4 Dégagement des facteurs et des cofacteurs pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé des gens infectés par le virus HIV.

#### 4.4 Mesures générales

- 4.4.1 Aide à la formation de scientifiques des pays en développement, surtout en épidémiologie et en gestion de systèmes de santé.
- 4.4.2 Aide au développement institutionnel et au renforcement du dispositif de recherche sur le SIDA, surtout en épidémiologie et en recherche sur les systèmes de santé.
- 4.4.3 Promotion de la création de réseaux pour les chercheurs des pays en développement étudiant le SIDA et la propagation du virus HIV.
- 4.4.4 Aide à des publications internationales comme «Panos», qui portent sur le SIDA et le virus HIV dans les pays en développement.
- 4.4.5 Aide à des ateliers d'identification de projets coordonnés avec les responsables du programme de lutte contre le SIDA de l'OMS, et ce, au profit des chercheurs des pays en développement.

#### 4.5 Examen de la stratégie

En raison des progrès rapides et de l'évolution des perspectives de la recherche sur le SIDA, ces thèmes de recherche et ces orientations en matière d'aide devront être examinés et réévalués dans la division tous les six mois.

#### 5. Priorité de la recherche sur le SIDA

Il faut enfin dire que des questions des plus importantes se posent nettement à la Division des sciences de la santé, comme à tous les autres programmes qui s'occupent du SIDA. Les nouvelles activités ayant pour objet cette maladie n'ont pas déterminé l'octroi de fonds supplémentaires. Les efforts consacrés à la recherche sur le SIDA consomment des ressources qui viennent des autres programmes en place. Que devons-nous sacrifier pour soutenir ces nouvelles activités? Comment fixer les priorités? Quels avantages généraux pour les capacités de recherche et les systèmes de santé des pays en développement découleront d'une aide à la lutte contre la propagation du SIDA?

Un des buts de la démarche «globale» de la DSSa devrait être de s'assurer qu'une orientation en faveur de la lutte contre le SIDA ne vienne ni faire passer au second plan ni détourner ni annuler nos activités portant sur des questions de santé auxquelles nous nous intéressons depuis longtemps. Ces problèmes subsisteront, quel que soit le sort de la pandémie du SIDA au cours des prochaines années. On a naturellement tendance à voir les «arbres» et à négliger la «forêt» lorsqu'on affronte un problème particulier, mais comme pour toutes les questions de santé, on devrait toujours se soucier des liens à établir entre les deux.

6. Références générales

6.1 The First Human Retrovirus, Robert C. Gallo  
Scientific American, décembre 1986

6.2 The AIDS Virus, Robert C. Gallo  
Scientific American, janvier 1987

6.3 AIDS in Developing Countries, Panos Institute, novembre 1986  
(révision en mars 1987)

6.4 AIDS in Africa. An Epidemiologic Paradigm, Quinn et coll.,  
Science 234 : 21 novembre 1986, p. 955 à 963

6.5 Science 239 : 5 février 1988

7. Projets relatifs au SIDA financés par la DSSa pendant l'année financière 1987-1988

7.1 Étude pédiatrique du SIDA (Kenya) : projet 3-P-86-0177 (441 045 \$ CAD)  
— recherche pédiatrique sur le SIDA et la transmission périnatale du virus HIV

7.2 Étude pédiatrique du SIDA (Ouganda) : projet 3-P-86-0336 (74 200 \$ CAD)  
— étude prospective en contrôle de cas de l'infection HIV en transmission verticale mère-enfant

7.3 Diagnostic du SIDA (PTAS-Global) : projet 3-P-87-0154 (47 260 \$ CAD)  
— cofinancement de la mise au point d'un test peu coûteux et sûr par sonde des anticorps HIV en vue d'une utilisation dans les pays en développement

7.4 Conférence sur le SIDA au CESTI, Dakar (Sénégal) : PPD 3-A-87-4194  
— collaboration avec la Division des communications à l'organisation d'un atelier visant à l'élaboration d'une stratégie d'éducation médiatique du public concernant le SIDA sur le continent africain (avec l'accent mis sur les pays francophones).

## **LES SUBSTANCES TOXIQUES ET LA SANTÉ**

Projet d'exposé de vues présenté dans le cadre de l'EAD de la DSSa

Rédigé par : Gilles Forget  
mars 1988

## LES SUBSTANCES TOXIQUES ET LA SANTÉ

- I. Chimification des pays en développement
- II. Problème des pesticides
  - 1. Étendue du problème
  - 2. Persistance environnementale
  - 3. Attitudes et législation
  - 4. Entreposage et application de pesticides
- III. Toxicité des produits chimiques naturels
  - 1. Molluscicides d'origine végétale
  - 2. Produits d'épuration de l'eau
- IV. Autres produits chimiques dans le Tiers-Monde
- V. Voies de recherche
  - 1. Collecte de données de référence
  - 2. Description des effets sur la santé
  - 3. Diffusion de l'information
  - 4. Réglementation des produits chimiques
  - 5. Technologie appropriée
  - 6. Normalisation des méthodes de recherche
  - 7. Évolution des perceptions et des attitudes de la collectivité
  - 8. Intoxications attribuables aux conditions de vie
  - 9. Incidence écologique
- VI. Nécessité d'une démarche pluridisciplinaire

## LES SUBSTANCES TOXIQUES ET LA SANTÉ

### I. CHIMIFICATION DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Des estimations récentes nous indiquent que les deux tiers des habitants des pays en développement sont exposés à des produits chimiques qui peuvent se révéler préjudiciables à leur santé. Cette exposition augmentera probablement. Les ventes mondiales de pesticides de lutte contre les vecteurs de maladie et les ravageurs des cultures, par exemple, sont passées de 8,1 milliards en 1982 à 12,8 milliards de dollars américains en 1983. La croissance la plus rapide a été observée dans les pays en développement(2) où le coût des exportations de produits chimiques divers s'est accru de 650 % de 1970 à 1980. Depuis 1945(3), quelque 15 000 composés et plus de 35 000 préparations et formulations ont été mis en circulation comme pesticides et on peut par ce chiffre juger de l'ampleur des dangers possibles pour la santé ainsi créés.

Des règlements de sécurité plus importants dans les pays industrialisés ont suscité un mouvement des substances chimiques et des technologies dangereuses vers les pays en développement. En fait, une partie appréciable des pesticides utilisés dans le Tiers-Monde sont interdits dans les pays exportateurs; ainsi, 20 % des pesticides exportés par les États-Unis ont été retirés de la circulation dans ce pays par des mesures d'annulation ou de suspension à cause de leur toxicité pour l'homme et l'environnement(2). Comme les pays en développement cherchent à s'industrialiser et à développer leurs agro-industries, les transferts de technologie comportant l'utilisation de produits chimiques hautement toxiques sont susceptibles d'augmenter rapidement, surtout dans les pays qui s'engagent dans la voie de l'industrialisation. Le besoin concomitant de main-d'œuvre se manifestera par le fait qu'un plus grand nombre de travailleurs mal formés trouveront de l'emploi dans des industries faisant appel à des procédés et à des produits chimiques dangereux. Des conditions de travail peu sûres seront souvent aggravées par l'ignorance des travailleurs ou le non-respect des consignes de sécurité. L'inconscience des risques, l'absence de règles strictes en

matière d'utilisation de substances chimiques dangereuses dans l'industrie et l'agriculture et les impératifs d'industrialisation peuvent avoir des effets calamiteux dans les pays en développement. Les catastrophes chimiques récentes au Mexique et à Bhopal, pour citer des exemples extrêmes, nous indiquent que le transfert Nord-Sud de technologies dangereuses touche non seulement les travailleurs, mais crée aussi de grands risques sur le plan de la santé publique dans les collectivités où se trouvent les industries.

## II. PROBLEME DES PESTICIDES

Le Tiers-Monde abrite la plupart des 10 000 principales espèces d'insectes nuisibles et des 600 parasites végétaux qui nuisent aux productions vivrières(20). Le recours aux pesticides a aidé à prévenir les pertes culturelles dans les pays en développement et a atténué, par conséquent, les pénuries alimentaires. Les produits chimiques utilisés ont également concouru à réduire l'incidence des maladies transmises par des vecteurs comme la malaria.

La surutilisation de pesticides a toutefois commencé à entamer ces avantages initiaux, en grande partie en raison de l'apparition d'espèces de ravageurs résistantes. Ainsi, on a indiqué que pour chaque kilogramme de DDT (un insecticide organochloré) épandu dans les champs de coton d'Amérique centrale, 105 cas additionnels de malaria ont été relevés à cause de l'apparition consécutive de souches résistantes d'organismes non visés comme celle de l'anophèle(6).

### 1. Étendue du problème

Par leur nature même, les pesticides sont toxiques pour tous les êtres vivants, un fait que les usagers de ces produits apprennent maintenant à leurs dépens. Comme l'a dit le groupe de travail de l'APHA(26) sur la catastrophe de Bhopal, les pesticides sont des poisons par destination. En 1972, l'Organisation mondiale de la santé estimait, au moyen des statistiques éditées sur 19 pays, qu'il

y avait tous les ans jusqu'à 500 000 cas d'intoxication par des pesticides. Et ce nombre va croissant. On peut lire dans un rapport paru récemment(4) qu'en 1977, suivant les déclarations de plusieurs gouvernements et les relevés effectués dans 9 pays, l'OMS pouvait estimer à près de 20 640 par an le nombre de décès attribuables à des pesticides dans le monde. En 1981, l'OXFAM mettait à jour les chiffres de l'OMS et évaluait à environ 750 000 par an le nombre d'intoxications par des pesticides sur le globe. Plus récemment, la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) indiquait que le nombre de cas d'intoxication pourrait s'élever à deux millions par an, dont 40 000 issues fatales.

Les craintes au sujet des effets toxiques des pesticides sur l'homme et les animaux domestiques se multiplient dans les pays en développement. Les milieux «orthodoxes» de la recherche continuent toutefois à consacrer leur activité au phénomène de l'exposition professionnelle, et notamment à la situation des travailleurs épandant ou maniant directement les produits chimiques utilisés. Le plus souvent, on ne retrouve dans les dossiers médicaux que les cas d'intoxication aiguë présentant les symptômes classiques.

Les chercheurs sont néanmoins de plus en plus conscients de cette sous-déclaration. Ainsi, Loevinsohn(5) a remarqué les liens entre l'exposition professionnelle à des pesticides et l'augmentation de la mortalité hors traumatisme dans la province du Luçon central des Philippines. La progression de la mortalité (27 %) a été mise en corrélation avec des phénomènes comme les attaques, souvent associés à l'intoxication par des pesticides (ou susceptibles d'être confondus avec elle). Cela nous indique clairement que l'incidence réelle de la mortalité par des pesticides ou des substances chimiques toxiques peut avoir fait l'objet d'une sous-estimation grossière non seulement à cause des problèmes de déclaration, mais peut-être aussi parce que le personnel médical soignant ne sait pas reconnaître les symptômes des intoxications par des pesticides.



La toxicité des pesticides ne devrait pas étonner : le parathion, un des premiers organophosphatés dont on ait fait la synthèse et qui ait été caractérisé pour ses effets anticholinestérasiques, était en tête d'une série de gaz du système nerveux dont on envisageait l'emploi pendant la Seconde Guerre mondiale comme arme antipersonnel. Cette substance est encore utilisée comme insecticide dans de nombreux pays.

L'action moléculaire des organophosphatés sur la transmission de l'influx nerveux a été extrêmement bien étudiée(7). Mais comme l'emploi répandu de pesticides transforme les champs du Tiers-Monde en laboratoire toxicologique, on a signalé des effets cliniques qui ne peuvent facilement être attribués à l'action anticholinestérasique classique de ces substances chimiques, notamment une polyneuropathie(8) retardée et, plus récemment, un syndrome intermédiaire d'intoxication par des organophosphatés(9). Ce syndrome comporte la paralysie d'un certain nombre d'ensembles musculaires dont les muscles respiratoires et a causé le décès d'un certain nombre de patients. Il est à distinguer de la phase cholinergique bien définie caractérisant les cas normaux d'intoxication aiguë.

La prévalence de ces deux nouveaux syndromes n'a pas encore été évaluée ailleurs dans le monde en relation avec les cas déclarés d'intoxication par des pesticides. Nombreux sont les malades ayant obtenu leur congé d'un centre de traitement après des soins relatifs à la phase cholinergique aiguë de l'intoxication par des organophosphatés qui souffriront et mourront peut-être de ces syndromes sans que le médecin traitant apprenne quoi que ce soit. On signale aussi souvent les sous-effets psychologiques de ce type d'intoxication : concentration affaiblie, distraction croissante, troubles visuels persistants, maux de tête et nervosité même trois ans après l'incident(10).

Les conditions qui règnent dans le Tiers-Monde peuvent aggraver dans une large mesure les effets des intoxications par des pesticides. On n'a pas entrepris dans les régions rurales des pays du Tiers-Monde

des études qui permettraient de confirmer que des états comme la malnutrition chronique accroissent les risques liés à l'utilisation de produits chimiques. Les études réalisées en laboratoire(13) indiquent toutefois que les rats souffrant d'une carence protéique dans leur alimentation sont plus susceptibles d'accuser une altération des activités enzymatiques au niveau hépatique par suite de l'administration de malathion (un organophosphaté). On a aussi observé une diminution des protéines et des lipides du foie. La malnutrition qui sévit dans les pays du Tiers-Monde pourrait, par conséquent, rendre les populations, et surtout les femmes et les enfants, plus sensibles à l'intoxication.

Les pratiques agricoles privilégient maintenant l'utilisation à grande échelle d'herbicides pour la lutte contre la mauvaise herbe et la dessiccation des produits culturaux avant la récolte. Les produits employés sont hautement toxiques. Des rapports faisant état de leur caractère carcinogène paraissent périodiquement, notamment en ce qui concerne des acides phénoxyacétiques comme le 2,4,D(11,12). Mahathevan(14) a montré l'importance des intoxications par un de ces produits, le paraquat. De 1977 à 1981, l'étude «post-mortem» de 569 décès attribués à des pesticides en Malaysia a permis de détecter les effets de l'emploi d'herbicides dans 326 cas; dans 310 de ces cas, il s'agissait du paraquat.

Réagissant à la menace particulière que fait peser cet herbicide, la Division des sciences de la santé finance actuellement une étude réalisée en Colombie (projet 3-P-84-0279) sur l'intoxication au paraquat. Les résultats provisoires indiquent que ce type d'intoxication n'est pas observé chez les gens qui ne s'occupent pas directement de l'épandage de ce produit, malgré son abondance possible dans l'environnement. On mène une enquête auprès d'un sous-échantillon d'épandeurs afin de vérifier le caractère professionnel des intoxications au paraquat, du moins en Colombie.

D'autres études plus larges effectuées en Asie indiquent que la plupart des cas déclarés d'intoxication par des pesticides sont d'origine suicidaire ou criminelle(15).

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude parrainée par le CRDI dans quatre pays de l'Asie du Sud-Est, à savoir le Sri Lanka, l'Indonésie, la Thaïlande et la Malaysia (projet 3-P-83-0089). Ils entrent cependant en contradiction avec des données récentes émanant de l'Amérique latine. Au Costa Rica, par exemple, on a constaté que 6,4 % des intoxications par des pesticides étaient des suicides, contre une proportion de 67,8 % pour les cas d'intoxication professionnelle(16). Ces écarts régionaux pourraient s'expliquer par des facteurs culturels ou des différences de méthodes de recherche.

La normalisation des protocoles de recherche et l'adoption d'une terminologie commune sont essentielles à la compréhension de la situation des pays en développement en ce qui concerne les intoxications par des pesticides. Le CRDI pourrait jouer un rôle important dans ce secteur.

## 2. Persistance environnementale

La persistance d'un certain nombre de pesticides dans l'environnement est un autre aspect du problème, particulièrement en ce qui a trait à des pesticides organochlorés comme le DDT qui continuent à être utilisés dans quelques régions du monde dans la lutte contre les vecteurs de maladie. Le danger que l'utilisation de ces produits fait peser sur l'être humain et le reste de l'environnement biotique est illustré par une étude réalisée par Atuma(17), qui a révélé l'existence de résidus de pesticides organochlorés dans une diversité de denrées alimentaires (viande rouge domestique, volaille, gibier et légumes) au Nigeria. Comme les organochlorés sont très liposolubles, ils passent facilement du sang au lait de la mère et mettent sérieusement en danger les nourrissons. Le problème est aggravé par les pratiques populaires dans nombre de pays en développement : en

Zambie, par exemple, on signale que le DDT est couramment utilisé pour protéger le poisson séché contre l'action des ravageurs(18).

On a fait des efforts concertés pour trouver de nouveaux pesticides moins toxiques pour les organismes non visés. On peut citer l'exemple des pyréthroides, une famille de composés tirés au départ du chrysanthème. Ces pesticides étaient censés présenter une très faible toxicité pour les organismes non visés, et notamment pour l'être humain. Il s'agit de molécules neuroactives, mais on pensait que leur faible capacité d'absorption dermique en assurerait la sécurité pour des utilisations à grande échelle même par des travailleurs relativement non formés.

On a toutefois signalé des cas graves d'intoxication par des pyréthroides chez les épandeurs des champs de coton en Chine. La Division des sciences de la santé finance, par conséquent, une étude de la prévalence de l'intoxication par le Fenvalerate (un dérivé synthétique de la pyréthrine) dans la province de Hubei, ainsi qu'une nouvelle enquête sur l'étiologie des incidents (projet 3-P-83-0083). Ces incidents nous indiquent bien que les pesticides, même les composés les moins toxiques, ne sont sûrs que s'ils sont convenablement utilisés.

### 3. Attitudes et législation

Il est de plus en plus évident que le problème des intoxications chimiques s'explique en partie par les attitudes. Cela vaut pour les utilisateurs finals, mais peut également être dit des niveaux plus élevés. Ainsi, Janzen(19), cité par Philogène(20), a signalé en 1985 que l'Afrique du Sud, l'Égypte, l'île Maurice et le Zimbabwe étaient les seuls pays africains dotés d'un système bien structuré et complet d'importation et de réglementation de l'utilisation de pesticides. Dans les autres pays, les mesures législatives en la matière sont schématiques, non existantes ou noyées dans des corps de législation portant indirectement sur les pesticides. C'est ainsi que l'on signale pour des pays comme la Zambie(18) un emploi de

pesticides organochlorés comme le DDT, le dieldrine, l'heptachlore, l'aldrine et le HCH (BHC), qui sont interdits dans les pays industrialisés en raison de leur persistance dans l'environnement ou de leur grande toxicité.

L'élaboration des mesures législatives appropriées est rendue encore plus difficile par le manque de personnel capable dans les pays en développement de procéder à une évaluation toxicologique des pesticides importés, ainsi que par l'absence de laboratoires convenables. Ces pays ont donc tendance à s'en remettre largement aux études de toxicité effectuées dans les pays industrialisés, souvent par les producteurs.

En fait, nul ne contestera que l'emploi de pesticides risque de compromettre la santé aussi bien des épandeurs que des gens qui y sont exposés par des contacts environnementaux. Cela vaut également pour la contamination environnementale d'organismes non visés autres que l'être humain. Comme nous l'avons signalé plus haut, les pesticides sont un poison pour la plupart des organismes, ce qui comprend l'être humain. Comme dans tous les cas d'utilisation de substances pouvant être dangereuses, ce à quoi doivent viser les gouvernements des pays en développement, c'est à une évaluation appropriée des risques que cet emploi présente en regard des conséquences d'une non-utilisation.

Voilà réellement la question clé et on ne peut y répondre si les pays en développement ne disposent pas de scientifiques qualifiés. On a également grand besoin de législateurs et de fonctionnaires formés aux subtilités de l'appréciation des risques de l'utilisation de substances toxiques. On doit donc assurer une telle formation dans les pays en développement avant de pouvoir s'attaquer globalement au problème de l'importation de produits dangereux.

Vers la fin des années 1970, le Canada, la Finlande et les États-Unis ont commencé à réexaminer les résultats d'études communiqués à l'appui des homologations de pesticides. Ces pays ont découvert que

beaucoup de ces études n'avaient aucune valeur. Comme les fabricants n'ont pas su produire les données de toxicité nécessaires selon les demandes de nouvelles études présentées par les pouvoirs publics, un grand nombre de pesticides ont été retirés de la circulation dans ces mêmes pays(22 et 23). Les études non valables rejetées sont encore soumises par les exportateurs aux gouvernements des pays en développement et servent toujours à établir quels pesticides devraient être importés et homologués.

Les pays en développement ont de plus en plus recours aux subventions internationales pour acheter des pesticides(24). Le problème s'en trouve aggravé, car les subventions permettent aux gouvernements du Tiers-Monde de vendre les pesticides aux utilisateurs finals à un prix réduit, encourageant ainsi l'utilisation de ces produits comme moyen privilégié d'augmentation des rendements cultureux. Chez les agriculteurs, il y a désincitation à l'emploi d'autres méthodes moins chimiques de lutte contre les ravageurs.

#### 4. Entreposage et application de pesticides

L'entreposage des pesticides est un autre problème. Haynes(25) estime que jusqu'à 10 % des pesticides sont perdus à cause d'un mauvais entreposage.

Une étude des conditions d'entreposage dans quatre pays africains, six pays de l'Asie du Sud-Est et dans les îles Fidji a fait voir un grand nombre de pratiques peu appropriées et de dangers. Des pesticides étaient stockés à proximité de dépôts d'engrais, de semences, d'aliments ou de boissons, on ne tenait pas de dossiers, on ne tenait pas compte des possibilités de déversement; les produits n'étaient pas étiquetés, les contenants étaient corrodés et fuyaient, les pesticides étaient mal réemballés. L'étude a indiqué que la plupart de ces problèmes auraient pu être évités par une formation préalable des magasiniers et des manutentionnaires des installations d'entreposage(25). Une étude financée par le CRDI en Asie du Sud-Est corrobore ces résultats. Elle a permis de constater que de nombreux

cas d'intoxication mortelle au foyer étaient attribuables à une ingestion accidentelle d'aliments contaminés par des pesticides. Cette situation dangereuse s'expliquait le plus souvent par la présence de pesticides dans des contenants non étiquetés près des aliments dans la zone de cuisson.

On doit se rappeler que tous les pesticides, y compris ceux qui sont encore employés dans les pays industrialisés, sont une source de dangers. Toutefois, bien que 85 % de la production mondiale de pesticides soit utilisée dans les pays industrialisés, l'incidence des intoxications humaines pourrait être 13 fois plus grande dans le Tiers-Monde qu'aux États-Unis(27). On doute que cette importante différence puisse être imputable à la seule toxicité plus élevée de certains des composés et des préparations employés dans les pays en développement.

Un certain nombre d'études financées par le Centre font voir que les utilisateurs finals sont insuffisamment informés ou ne sont pas informés du tout des risques que présentent les pesticides et leur emploi abusif. Pis encore, les attitudes et les pratiques des agriculteurs sont fondées sur de l'information erronée avec des résultats désastreux aussi bien pour les cultures que pour l'être humain.

Les pesticides sont généralement appliqués par les travailleurs à l'aide de pulvérisateurs individuels dont il n'existe que peu de modèles. Beaucoup de petits propriétaires fonciers utilisent le pulvérisateur de dos actionné par manette (pulvérisateur LOK).

Une évaluation effectuée par Anas et coll.(20) des pulvérisateurs LOK utilisés dans le réseau d'irrigation de Muda en Malaysia révèle que 20 % des 193 pulvérisateurs examinés présentaient de graves déficiences ou étaient sérieusement abîmés. Elle a aussi permis de constater que la connaissance de la manoeuvre et de l'entretien des pulvérisateurs chez les agriculteurs laissait nettement à désirer.

Une autre étude a fait en outre voir que les exploitants choisissent des pulvérisateurs pour leur poids, leur taille et la facilité et le confort de leur emploi(29). On s'attachait très peu à la durabilité, à la sécurité, à la facilité des réparations et à la disponibilité de pièces de rechange. La conception d'un pulvérisateur plus sûr et moins coûteux pour les conditions tropicales a suscité un intérêt considérable. Un atelier récent organisé à Kuala Lumpur (Conférence internationale sur les pesticides en agriculture tropicale, septembre 1987) a porté sur ce sujet.

Une étude récente(30) des pulvérisateurs ILO commandée par le Centre (projet 3-A-86-4075) a dégagé des voies de recherche pour l'amélioration de cette technique et recommande des secteurs possibles d'intervention du CRDI.

Il semblerait, par conséquent, que les intoxications professionnelles et accidentelles dans les pays en développement pourraient s'expliquer autant par l'application d'une technologie fautive jointe à un sérieux manque de connaissances que par la toxicité élevée des pesticides utilisés. On doit changer les attitudes et les pratiques des utilisateurs par des mesures appropriées d'éducation et de sensibilisation à l'importance des risques.

On peut opérer une telle modification des comportements. En Chine, par exemple, on a diminué considérablement le nombre d'intoxications graves par des organophosphatés dans une collectivité en faisant participer ses membres, des utilisateurs finals aux représentants du gouvernement, à un programme de prévention(21). Le taux d'intoxications a évolué en baisse malgré une progression marquée de l'utilisation de pesticides dans la collectivité.

Ce rapport encourageant nous indique que le phénomène de l'intoxications par des pesticides peut être prévenu à la base, au niveau communautaire, peut-être par des mesures simples d'éducation et de surveillance.



### III. TOXICITÉ DES PRODUITS CHIMIQUES NATURELS

La recherche récente de technologies appropriées et abordables a mené à l'étude d'un certain nombre de substances naturelles d'origine locale pour divers usages. Certains produits, comme les pyréthrinés synthétiques, font maintenant l'objet d'importants investissements d'entreprises commerciales.

On peut manifestement faire un usage optimal et moins coûteux de ces composés naturels aux points de croissance. Certains peuvent être utilisés directement, d'autres devront peut-être être légèrement transformés par les utilisateurs ou le secteur artisanal.

#### 1. Molluscicides d'origine végétale

Certains molluscicides naturels ont déjà été identifiés et semblent un moyen prometteur de lutte contre des maladies parasitiques dont l'escargot constitue l'hôte intermédiaire obligatoire. Dans des études financées par le Centre en Égypte (Bilharziose - phases I à IV (projets 3-P-76-0184, 3-P-80-0194, 3-P-82-0223 et 3-P-87-0204)), deux molluscicides d'origine végétale, l'ambrosia maritima (Damsissa) et la Phytolacca dodecandra (Endod) se sont déjà révélés riches de promesses dans les expériences en laboratoire et les essais restreints sur le terrain. Jusqu'à présent cependant, les études d'incidence toxicologique et environnementale ont été faites au cas par cas. L'essai de ces produits sur le terrain et dans un cadre communautaire exige qu'ils soient soumis aux mêmes critères d'évaluation toxicologique que les pesticides synthétiques.

L'absence de normes de production de plantes et d'extraits de plantes est venue limiter les essais effectués(32). A la différence des pesticides chimiques synthétiques, les extraits aqueux de préparation locale de matières végétales brutes contiennent de nombreux corps étrangers inconnus, sans oublier les concentrations variables de principes actifs. Il est difficile d'évaluer avec

précision le sort de ces composés et de leurs métabolites dans l'environnement.

Au nombre des dangers possibles de l'emploi de ces composés, on compte la contamination de l'eau de consommation, de bain et de refroidissement, la bioconcentration de produits dans les aliments et la chaîne alimentaire et les effets peut-être toxiques sur des espèces non visées comme les poissons servant à l'alimentation d'une collectivité. On doit bien apprécier ces risques avant que l'utilisation d'un molluscicide d'origine végétale ne puisse être parrainée et encouragée.

## 2. Produits d'épuration de l'eau

Un certain nombre d'extraits de semences sont depuis longtemps employés dans les pays en développement comme agents de floculation pour l'extraction des matières sèches en suspension dans l'eau de consommation ou de cuisson. Des recherches systématiques sur ces coagulants naturels sont effectuées par un certain nombre d'organismes s'occupant de technologies appropriées à prix modique pour les collectivités du Tiers-Monde(34). Le Centre est un de ces organismes (projet 3-P-84-0208 réalisé en Inde sur l'épuration des eaux par le «strychnos potatorum»).

Une utilisation à long terme n'assure pas nécessairement l'innocuité de ces composés, comme le cas du tabac en témoigne éloquemment. Les organismes qui soutiennent des études portant sur les coagulants naturels doivent, par conséquent, songer sérieusement aux évaluations de toxicité comme volet de tout programme de recherche visant à promouvoir l'emploi de ces produits chimiques.

De telles études s'imposent particulièrement dans le cas des coagulants servant expressément au traitement de l'eau avant sa consommation ou son emploi en cuisson. Comme pour les pesticides, un grand obstacle pourrait bien être l'ignorance des dangers que présentent ces substances.

#### IV. AUTRES PRODUITS CHIMIQUES DANS LE TIERS-MONDE

L'accent mis par les pays en développement sur l'industrialisation comme moyen de promotion du développement a causé l'apparition d'un grand nombre de produits chimiques dans le Tiers-Monde. Comme les pesticides, la plupart peuvent être toxiques. En fait, un grand nombre de procédés et de substances chimiques employés dans le Tiers-Monde sont maintenant interdits dans les pays industrialisés à cause de leur degré de toxicité inacceptable.

De nombreux produits médicaux sont importés et vendus à cause de l'absence d'une réglementation et d'un contrôle efficaces des marchands ambulants, par exemple. On pourrait aussi faire valoir que les boissons alcooliques importées devraient compter parmi les produits chimiques à potentiel toxique que les pays développés lèguent aux pays en développement. On jugera sûrement que la montée de l'alcoolisme dans certaines régions est un net symptôme de ce problème.

D'autres facteurs ont également pour effet d'accroître le danger que font peser les produits chimiques sur les pays en développement : beaucoup de substances chimiques ne réagissent pas dans un climat tropical de la même manière que dans des régions plus tempérées, on manque généralement de méthodes d'élimination sûres et souvent on ne dispose pas de techniques de maniement et de traitement.

Les problèmes sociaux et les questions d'attitudes inquiètent encore plus. Travailleurs, gestionnaires et spécialistes de la santé n'ont pas une connaissance suffisante des risques liés à l'emploi de produits chimiques et des techniques de traitement à utiliser. Les lois régissant les substances chimiques laissent à désirer dans les pays en développement et l'application des règlements adoptés est rarement efficace.

Voici les principales catégories de produits chimiques toxiques préjudiciables à la santé des gens dans le Tiers-Monde : des métaux lourds comme le plomb, l'arsenic, le mercure et le cadmium; des composés à base de chlore autres que les pesticides organochlorés (BPC, TCD et DDFC) et les

phénols chlorés; des solvants organiques trouvant leur emploi dans des procédés industriels qui sont maintenant introduits dans les pays en développement.

Beaucoup de ces composés sont neurotoxiques et oncogènes (causant le cancer). Une exposition chronique à des niveaux seuils de ces composés peut provoquer l'apparition de symptômes subaigus qui ne sont pas diagnostiqués d'emblée comme des intoxications chimiques. Des cancers peuvent apparaître 20 ans ou plus après l'exposition initiale.

Certains toxiques chimiques viennent d'activités communautaires ou même domestiques. Ainsi, la pollution au foyer fait maintenant l'objet d'une vive attention, surtout dans ses effets sur les femmes qui passent une grande partie de la journée près du feu de cuisson. La combustion produit un grand nombre de carcinogènes comme les benzoapyrènes. Si la cuisson se fait dans la maison, les particules en suspension dans l'air et des gaz irritants comme le  $\text{NO}_x$ , le CO et le  $\text{SO}_x$  ajoutent à la gravité du problème. On relie maintenant les expositions chroniques à ces produits chimiques dans l'air à l'incidence élevée des infections respiratoires aiguës dans le Tiers-Monde.

La situation géographique de beaucoup de villes du Tiers-Monde et de leurs taudis, jointe aux conditions atmosphériques, cause la stagnation des émanations des feux de cuisson et de chauffage, une sorte de «smog» domestique. Les taudis se trouvent souvent à proximité des zones industrielles. Comme les usines du Tiers-Monde sont fréquemment exploitées sans les techniques antipollution perfectionnées appliquées dans les pays industrialisés, une foule de sous-produits toxiques sont libérés dans l'environnement des collectivités voisines. Les plus courants sont les métaux lourds produits par la fonte, le tannage, l'exploitation minière, etc. Ceux-ci ont tendance à persister dans l'air.

Ce que la population ne respire pas directement, elle l'ingère quand elle consomme des aliments et des boissons portant des contaminants. La

médiocrité des habitudes d'hygiène des enfants en font un groupe particulièrement exposé aux intoxications par des métaux lourds.

Les pays industrialisés sont en partie à blâmer pour les taux élevés d'intoxication chimique dans les pays en développement. Nombreux sont les produits chimiques dangereux qui atteignent le Tiers-Monde sans données suffisamment étayées sur leur toxicité. Une semaine après l'incident de Bhopal, les toxicologues fouillaient toujours frénétiquement dans les manuels en vue de pouvoir livrer une expertise médicale définitive concernant l'isocyanate de méthyle(33). On doit disposer de données suffisantes pour permettre aux utilisateurs d'évaluer les risques, de protéger les collectivités et les personnes et d'apporter une aide en cas d'accident. Les gouvernements du Tiers-Monde ne peuvent réglementer efficacement l'utilisation de ces substances chimiques s'ils n'ont pas de tels renseignements ni des scientifiques bien formés.

Dans les transferts de technologie, un sérieux décalage intervient habituellement entre le moment du transfert des procédés industriels et celui du transfert de techniques de contrôle et de procédures de réglementation appropriées. Aussi bien l'exportateur que l'importateur partagent la responsabilité de ce «deux poids deux mesures» en matière de sécurité.

Dans la tragédie de Bhopal, par exemple, un certain nombre de facteurs peuvent être entrés en jeu : défaut des exploitants locaux d'appliquer des pratiques d'exploitation et des contrôles techniques normalisés; retrait lent de la société mère des installations; médiocrité de la formation; certains aspects des politiques et des exigences du gouvernement indien (26). C'est ainsi que de 100 000 à 200 000 personnes ont été exposées à une substance extrêmement toxique avec un nombre de décès atteignant les 20 000.

Le degré peu élevé de développement technologique des pays en développement rend le problème des substances chimiques toxiques encore plus complexe et plus difficile à résoudre. Beaucoup de ces produits sont essentiels à la réalisation de l'autosuffisance alimentaire et au progrès

économique. Mais ils sont dangereux et les techniques de protection de la santé sont souvent trop coûteuses pour que les pays en développement puissent les importer et les appliquer.

## V. VOIES DE RECHERCHE

Par ce bref examen, on ne fait qu'effleurer la surface des problèmes que pose l'emploi de produits chimiques toxiques dans le Tiers-Monde. Nous nous sommes attachés aux pesticides à cause des risques qu'ils présentent pour les populations rurales, qui constituent la majeure partie des habitants du Tiers-Monde.

Un certain nombre de possibilités de recherche s'offrent, dont beaucoup se prêtent à une aide du CRDI. Une orientation multidivisionnaire s'imposerait dans bien des cas.

### 1. Collecte de données de référence

Si on en juge par les données diffusées, on peut nettement voir qu'on ne connaît pas encore et que l'on sous-estime gravement toute l'incidence des intoxications chimiques (et notamment des intoxications par des pesticides). On devra effectuer plus d'études de prévalence dans les pays en développement. Ces exercices devraient aborder un certain nombre de questions primordiales : incidence réelle de tels cas d'intoxication; façon dont l'environnement physique et social influe sur cette incidence; pesticides qui sont le plus souvent en cause; mesure dans laquelle les techniques d'application de ces produits chimiques ont des effets sur les taux d'intoxication.

### 2. Description des effets sur la santé

Nous avons déjà relevé un certain nombre d'effets cachés sur la santé comme des syndromes retardés et des erreurs de diagnostic, mais on a entrepris peu d'études rigoureuses de maladies à apparition

lente comme le cancer dans les pays en développement. On pourrait aussi faire valoir que les boissons alcooliques importées devraient appartenir à la catégorie des produits chimiques à potentiel toxique légués par les pays industrialisés aux pays en développement. On ne peut douter que l'aggravation du problème de l'alcoolisme dans certaines régions soit une nette manifestation de l'existence de ce problème.

Nous devrions, par conséquent, financer un certain nombre d'études devant porter sur les taux réels de sous-déclaration et les raisons de cette sous-déclaration. Nous avons également besoin d'études descriptives des symptômes non identifiés afin de permettre aux chercheurs de mieux estimer les taux d'intoxication par des pesticides.

Ceux-ci sont utilisés dans les pays en développement depuis plus de 20 ans. Comme une population aussi nombreuse a été exposée à ces carcinogènes en puissance, il serait peut-être bon d'effectuer des études rétrospectives des cas de cancer par cohortes. Les cancers causés par l'environnement peuvent devenir une importante cause de mortalité dans les pays en développement avec toutes les conséquences graves que cela peut avoir sur la santé publique.

### 3. Diffusion de l'information

Il y a pénurie d'information sur la plupart des aspects de l'emploi de produits chimiques toxiques dans les pays en développement. Les secteurs suivants devraient faire l'objet de recherches :

a) La plupart des praticiens de la santé du Tiers-Monde ne peuvent reconnaître les signes classiques d'une intoxication par des pesticides, et encore moins des symptômes qui ne font surface que tardivement. On a besoin de recueillir des données de diagnostic et de les diffuser au profit des praticiens de la santé et des collectivités.

Les services d'information sur les poisons sont un moyen idéal de diffusion de ce type d'information et on devrait, par conséquent, continuer à en constituer et à renforcer les établissements existants. On devrait encourager davantage les liaisons avec les instituts des pays développés. On devrait aussi envisager sérieusement une recherche opérationnelle sur l'incidence de l'activité de ces centres. On devrait enfin s'attacher à leur rôle en éducation communautaire.

b) Les services d'information sur les poisons pourraient informer les responsables de l'achat et de l'homologation des produits chimiques toxiques. Il faut que la recherche opérationnelle nous indique la meilleure façon d'établir des liens entre ces centres et les décideurs. Les toxicologues formés à l'interprétation des données de toxicité et capables de recommander des substances appropriées à des fins d'importation sont très peu nombreux dans les pays en développement. La formation dans le cadre de projets ou l'octroi de bourses de perfectionnement permettraient à des gens de se former à l'interprétation et à la validation des données, ainsi qu'à l'évaluation des risques.

#### 4. Réglementation des produits chimiques

Un certain nombre de questions intéressant les risques liés à l'emploi de substances chimiques découlent directement de l'absence de mesures législatives. L'importation, l'homologation, l'étiquetage, le transport, l'entreposage et l'utilisation de tous les produits chimiques, et plus particulièrement des pesticides, se font souvent d'une manière non systématique. L'accès non contrôlé à des produits chimiques hautement toxiques et le peu de volonté d'appliquer les lois existantes peuvent en réalité expliquer le grand nombre de suicides et d'intoxications criminelles par des pesticides qui ont été déclarés. On doit entreprendre des recherches sur les facteurs sociaux qui jouent dans l'importation et dans toute l'utilisation ultérieure des substances chimiques toxiques. On doit se renseigner sur la façon dont les décisions d'acquisition sont prises et dont les



lois pourraient protéger la population des divers pays et voir comment la formation des gens appelés à utiliser des toxiques pourrait être imposée et améliorée.

#### 5. Technologie appropriée

La mise au point de technologies appropriées représente un important domaine de recherche. Les projets réalisés pourraient porter notamment sur les aspects suivants :

- a) Conception de pulvérisateurs de pesticides sûrs et efficaces. Les instituts du Tiers-Monde qui se livrent à ce genre d'activité pourraient drôlement profiter de l'aide apportée par le Centre.
- b) Mise au point et essai de vêtements et de matériel de protection adaptés aux conditions tropicales.
- c) Élaboration de méthodes peu coûteuses et efficaces de contrôle industriel en vue d'assurer la sécurité des procédés jugés dangereux.
- d) Étude et promotion de moyens parallèles de lutte contre les ravageurs sur le terrain comme les systèmes de gestion intégrée des ravageurs. On devrait mettre l'accent sur des aspects comme la lutte biologique, la destruction des milieux de reproduction des vecteurs de maladie et les recherches portant sur les pesticides naturels. On devrait veiller avec beaucoup de soin à ce que les substances ainsi recommandées ne soient pas toxiques pour les espèces non visées ou l'environnement.

#### 6. Normalisation des méthodes de recherche

L'absence de normalisation de la terminologie et des méthodes rend difficiles les comparaisons entre pays. On devrait encourager de tels exercices dans la mesure du possible. Le CRDI et le Programme international relatif à la sécurité des substances chimiques de l'OMS ont parrainé ensemble récemment un atelier international

visant à établir un protocole normalisé de mesure de l'incidence des cas d'intoxication et de leurs résultats dans le cadre des pays en développement (projet 3-A-87-4283). Ce protocole devrait être utilisé dans de futurs projets soutenus par les services d'information sur les poisons et permettra de valider les méthodes employées. Des ateliers semblables devraient avoir lieu sur d'autres secteurs de recherche en matière de substances chimiques toxiques.

7. Évolution des perceptions et des attitudes de la collectivité

Les attitudes de la collectivité dépendent de l'acceptation de nouvelles techniques et de nouvelles connaissances et déterminent cette acceptation. Les chercheurs doivent donc examiner les raisons pour lesquelles des intoxications se produisent : fausses conceptions, préjugés culturels en faveur d'une technologie particulière, manque de compréhension, absence de choix, etc. Ils doivent également faire participer les collectivités à ce processus d'apprentissage. La plupart des études financées par le CRDI dans le domaine des pesticides nous indiquent que les fausses conceptions et l'emploi abusif jouent toujours un rôle dans les incidents d'intoxication. Ce genre d'études doit se poursuivre, de préférence en relation avec des études de prévalence. Il serait ainsi possible de mieux comprendre le phénomène des intoxications chimiques dans différents cadres du Tiers-Monde.

8. Intoxications attribuables aux conditions de vie

On doit financer des projets portant sur les facteurs environnementaux et s'attacher, par exemple, aux effets de la pollution au foyer sur la santé et les façons de la prévenir. Les solutions devront être culturellement acceptables, abordables et faciles à maintenir si on espère les faire adopter.

## 9. Incidences écologiques

Il convient de noter que toutes les modifications de l'environnement agiront sur une partie, voire la totalité des facettes du biotope. Comme ils se situent au sommet de la chaîne alimentaire, les gens ont le plus à perdre à cause des aspects négatifs. On devra, par conséquent, entreprendre des recherches sur les effets environnementaux et sanitaires à long terme de l'introduction d'un grand nombre de produits chimiques biodégradables comme les organochlorés. Au nombre des sujets de recherche peut-être moins évidents, on compte tout le domaine des effets de ces produits chimiques sur la qualité et la productivité des denrées alimentaires dont dépendent les populations des pays en développement.

## VI. NÉCESSITÉ D'UNE DÉMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE

La plupart des sujets de recherche évoqués plus haut sont trop vastes pour qu'une seule division de recherche puisse les aborder facilement ou s'y attaquer tout court. Il faudra recourir à des équipes pluridisciplinaires intégrées de chercheurs pour élaborer de tels projets. Nous espérons que le dialogue entamé entre la Division des sciences de la santé et d'autres divisions dans le cadre du Groupe de travail sur les pesticides se poursuivra sans heurt. Il devrait se transformer en un effort concerté à l'échelle du Centre en vue de la création de projets de recherche polyvalents d'où naîtra une information importante permettant d'améliorer la santé et le bien-être des collectivités des pays en développement.

## RÉFÉRENCES

1. Rantanen, J., Taskinen, H. et Rahkonen, E. (1986), Occupational health and chemical safety, North-South Health Dialogue, 1(2) : 3 à 8.
2. World Resources 1986, A report by the World Resources Institute and The International Institute for Environment and Development, 1986, Basic Books Inc., New York.
3. Davies, John E. (1987), Changing profile of pesticide poisoning, New England Journal of Medicine, 316(13) : 807 et 808.
4. Foo, Gaik Sim (1985), The pesticide poisoning report : a survey of some Asian countries, International Organization of Consumers Unions, Malaysia, p 1.
5. Loevinsohn, Michael (1987), Insecticide use and increased mortality in rural Central Luzon, Philippines, Lancet : (13 juin 1987) 1359 à 1362.
6. Chapin, G. et Wasserstrom, R. (1981), Agricultural production and malaria resurgence in Central-America and India, Nature 293 : 181 à 185.
7. Holmstedt, B. (1959), Pharmacology of organophosphorus cholinesterase inhibitors, Pharmac. Rev. 11 : 567 à 688.
8. Senanayake, N. et Johnson, M.K. (1982), Acute polyneuropathy after poisoning by a new organophosphate insecticide, New England Journal of Medicine 306 : 761 à 763.
9. Senanayake, N. et Karalliedde, L. (1987), Neurotoxic effects of organophosphorus insecticides : an intermediate syndrome, New England Journal of Medicine 316 : 761 à 763.
10. Tabershaw, I.R. et Cooper, W.C. (1966), Sequelae of acute organophosphate poisoning, Journal of Occupational Medicine 8 : 5 à 20.
11. Hoar, S.K., Blair, A., Holmes, F.F., Boysen, C.D., Robel, R.J., Hoover, R et Fraumeni, J.F. Jr (1986), Agricultural herbicide use and risk of lymphoma and soft tissue sarcoma, J.A.M.A. 256 : 1141 à 1147.
12. Sterling, T.D. et Arundel, A. (1986), Health effects of phenoxy herbicides : A review, Scandinavian Journal of Work Environment. Health 12 : 161 à 173.
13. Bulusu, S. et Chakravarty, I. (1984), Augmented hepatic susceptibility to Malathion toxicity in rats on low protein diets, Environment Resources. 35 : 53 à 65.
14. Mahatevan, R. (1987), Pesticide hazards in the tropics, East African Newsletter on occupational Health & Safety, avril 1987, 4 à 7.

15. Jeyaratnam, J., de A. Survitatne, R.S. et Copplestone, J.F. (1982), A survey of Pesticide poisoning in Sri Lanka, Bulletin de l'OMS 60 : 615 à 619.
16. (1986), Pesticides and Health, Human Ecology and Health, 5 : 2 et 3.
17. Atuma, S.S. (1985), Residues of organochlorine pesticides in some Nigerian food materials, Bulletin of Environmental Contamination Toxicology. 35 : 735 à 738.
18. Mwanza, F. (1987), Zambia moves to block use of DDT, dans Gemini News, mai 1987.
19. Janzen, J. (1985), Pesticide legislation in East and Southern Africa, Atelier sur la législation en Afrique occidentale, Lomé, Togo.
20. Philogène, B.J.R. (1985), Utilisation et réglementation des pesticides dans le tiers monde : problèmes et perspectives en Afrique, Revue canadienne d'études de développement 6 : 276 à 288.
21. Louekari, K., Savolainen, K. et Salminen, S. (1986), Validity of toxicity documents of pesticides and good laboratory practice, Archeological Toxicology, suppl.9 : 244 à 246.
22. Current Report (1982), EPA identifies major gaps for 11 chemicals in IET test review, Chemical Regulations Reporter, 0148 à 7973.
23. Santé et Bien-être social Canada (1982), Situation actuelle concernant les pesticides IET, communiqué 1982-47, 6 mai.
24. Anonyme (1986), Pesticide subsidies may be hurting Third World more than helping, Chemical & Engineering News 64 : 11 et 12.
25. Haynes, Ian H. (1985), Problems of pesticide storage in developing countries, Chemistry and Industry, 16 septembre 1985.
26. Bophal Working Group (1987), The public health implications of the Bhopal disaster - Report to the Program Development Board, American Public Health Association, American Journal of Public Health, 77 : 230 à 236.
27. Goldberg, Karen A. (1985), Efforts to prevent misuse of pesticides exported to developing countries : Progressing beyond regulation and notification, Ecology Law Quarterly. 12 : 1025 à 1051.
28. Anas, A.N., Jusoh, M.M., Heong, K.L. et Ho, N.K. (1987), A field observation of lever operated knapsack sprayers owned by the rice farmers in the Muda irrigation scheme, Conférence internationale sur les pesticides en agriculture tropicale, Kuala Lumpur, septembre 1987.
29. Jusoh, M., Anas, A.M., Heong, K.L., Chan, C.W., Nik Mohd Nor, N.S., Ho, N.K., Zaiton, A.S. et Fauzi, A (1987), Features of lever operated knapsack sprayer considered important by the Muda rice farmers in deciding which sprayer to buy, Conférence internationale sur les pesticides en agriculture tropicale, Kuala Lumpur, septembre 1987.

30. Zandstra, Ilse (1987), Lever-operated knapsack and hand-held sprayers used in agriculture in developing countries : A review of their safety and efficacy, Rapport manuscrit MR169e du Centre de recherches pour le développement international.
31. Shih, Jia-huao, Wu, Shen-qia, Wang, Yi-lan, Zhang, Yi-xiou, Xue, Shou-zhen et Gu, Xue-qi, (1985), Prevention of acute parathion and demeton poisoning in farmers around Shanghai, Scandinavian Journal of Work Environment Health 11 (suppl. 4) : 49 à 54.
32. Koeman, J.H. (1987), Toxicologic screening of molluscicidal plant products, dans : Plant Molluscicides, K.E. Moh (éd.), John Wiley & Sons Ltd., Toronto, p. 245 à 249.
33. (1984) Calamity at Bhopal, éditorial, Lancet, n° 8416, 15 décembre 1984, 1378 et 1379.
34. Jahn, Samia Al Azharia (1981), Traditional water purification in tropical developing countries, publication n° 117 du GIZ.

**FEMMES, SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT :**  
**PERSPECTIVE DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ**

Ilse Zandstra

JUIN 1988

Document de travail présenté en vue d'une étude approfondie à la DSSa

## TABLE DES MATIERES

Page

I.	SITUATION DE LA FEMME DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	
A.	Introduction.....	1
B.	État de santé des femmes dans les pays émergents.....	2
C.	Conséquences du développement sur les femmes.....	7
D.	Effet sur les femmes de la Décennie pour la femme (1976-1985).....	8
II.	ROLES DES FEMMES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ	
A.	Les femmes et les réseaux informels de soins de santé.....	9
B.	Les femmes et les services officiels de santé.....	10
C.	Les organismes féminins dispensateurs de services de santé.....	11
III.	L'EXPÉRIENCE DU CENTRE	12
A.	La création du Groupe FED.....	12
B.	L'expérience de la Division des sciences de la santé.....	13
	1. Approvisionnement en eau et hygiène.....	14
	2. Santé maternelle et infantile.....	15
	3. Autres initiatives.....	16
C.	Association avec le Groupe FED.....	17
IV.	L'APPROCHE DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ ENVERS LES FEMMES ET LA SANTÉ	18
A.	Recherche sur les risques particuliers aux femmes et sur leurs besoins en matière de santé.....	19
B.	Recherche sur les rôles des femmes à titre de dispensatrices de soins de santé.....	21
V.	RECOMMANDATIONS.....	23



## I. SITUATION DE LA FEMME DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

### A. Introduction

A l'heure actuelle, la situation financière de bien des gens du Tiers-Monde a empiré depuis dix ans. Notamment, le sort de nombre de femmes est devenu critique, surtout pour celles qui vivent dans les régions rurales ou périurbaines. Dans le monde entier, on trouve un nombre disproportionné de femmes parmi les pauvres, les illettrés, les chômeurs et les victimes du sous-emploi. Elles ne forment toujours qu'une très petite minorité dans les milieux où se prennent les décisions politiques.

Dans la plupart des sociétés du monde, les femmes se voient refuser leur plein potentiel; leur apport social et économique reste dans l'ombre. Au sein de leurs collectivités et de leurs familles, les femmes ne sont pas considérées comme égales aux hommes et elles ne participent pas non plus à la prise de décision. Conditionnées depuis la naissance à se sous-évaluer et à sous-évaluer leur travail, elles acceptent souvent leur état comme une chose inévitable, même lorsqu'elles cherchent à améliorer leur bien-être socio-économique. Selon le discours féministe, ce sont les systèmes socio-économiques actuels qui expliquent l'écart relativement au travail, aux loisirs et aux chances de vie des femmes. Pendant toute leur vie, ces différences s'ajoutent à l'inégalité systématique entre les sexes et à la subordination de la femme par l'homme.

Bien entendu, la plupart des pays ont adopté des lois qui garantissent des droits égaux aux hommes et aux femmes, mais en pratique les femmes ne sont pas parvenues à l'égalité. Par exemple, les lois de la Zambie n'établissent pas de discrimination contre les femmes, mais une femme mariée est considérée comme mineure et ne peut pas obtenir une hypothèque ou un prêt sans le consentement de son mari. Au Kenya, les dispositions constitutionnelles sur l'égalité font une exception pour

l'héritage des biens fonciers. Au Paraguay, en Bolivie et au Pérou, les filles reçoivent en héritage une plus petite part de la terre de leurs pères que les fils. Dans d'autres pays, les femmes sont considérées comme des produits ou comme un capital marchand qui est exploité par l'homme souvent à leur détriment.

Les femmes sont généralement exposées aux mêmes dangers concernant la santé que les hommes et souffrent souvent des mêmes maux, par exemple les maladies infectieuses et les maladies du travail. Cependant, elles ont des besoins particuliers en matière de santé qui découlent de leur rôle de reproductrice, des travaux domestiques et autres qu'elles accomplissent et qui résultent souvent de leur statut social inférieur. En outre, les femmes jouent un grand rôle comme dispensatrices de soins de santé pour elles-mêmes, pour les membres de leur famille et pour d'autres personnes de leurs villages, souvent dans des circonstances difficiles. Elles constituent des ressources valables pour résoudre les problèmes de santé. Le présent document étudiera ces deux aspects de la femme et de la santé et cherchera à donner un aperçu des secteurs particuliers sur lesquels il faudra insister et où pourra agir la Division des sciences de la santé.

#### B. État de santé des femmes dans les pays émergents

Le sexe, la classe sociale et la parenté sont tous des facteurs qui influent beaucoup sur la vie des femmes et qui façonnent des modèles complexes de soutien mutuel et de dépendance. C'est dans ce contexte socio-culturel qu'il faut étudier l'amélioration de l'état de santé des femmes.

Dans les pays en développement, les femmes sont chargées d'abord et avant tout du bien-être social de leur famille. La santé et le bien-être des membres de la famille et surtout des enfants seront l'écho de leur situation socio-économique. Ce qui fait qu'il est difficile de comprendre pourquoi l'apport féminin au

développement des services de santé a été, jusqu'à récemment, tellement méconnu. En dépit de leur apport important et de la relation entre le statut de la femme, l'éducation de la mère et la santé des enfants, les femmes dans de nombreuses sociétés se voient reconnaître un statut social inférieur et elles n'ont pas les mêmes possibilités de s'instruire que les hommes. On garde souvent les filles à la maison pour aider aux interminables tâches ménagères. On dit généralement que les filles n'ont pas besoin de s'instruire autant que les garçons, qu'elles se marieront et que de toutes façons, dépenser pour leur éducation sera une perte pour la famille qui aura consenti des sacrifices. Dans de nombreux pays pauvres, 80 % des femmes de plus de 25 ans ne sont pas allées à l'école du tout. Ceci entraîne bien entendu l'analphabétisme et des niveaux de chômage élevés chez les femmes; ceci explique partiellement pourquoi les femmes se retrouvent à des emplois mal rémunérés et travaillent dans des secteurs mal définis. Si l'on veut que les femmes puissent réaliser des vies plus pleines et qu'elles puissent s'acquitter de leurs rôles importants dans le domaine de la santé et de l'animation sociale, il faut savoir garder chez elles l'intérêt qu'elles manifestent pour les services de santé et le domaine social et assurer leur accès à l'éducation et à un emploi bien rémunéré.

Dès la naissance on sous-évalue la femme. Nombre de sociétés accordent leur préférence aux petits mâles; n'oublions pas qu'il existe maintenant des techniques de détermination du sexe du fœtus qui peuvent menacer les chances de vie des filles même avant la naissance. Un taux de mortalité infantile plus élevé chez les filles (et même l'infanticide des petites filles dans certains pays et dans certaines conditions), une plus grande proportion d'enfants féminins mal nourris et des retards accrus en ce qui concerne les soins de santé apportés aux petites filles placent les enfants de sexe féminin en situation défavorisée. Souvent les mâles de la famille (enfants et adultes) sont mieux nourris que les filles, même si parfois les besoins alimentaires

des femmes et des filles peuvent être plus grands, par exemple pendant les grossesses et l'allaitement.

La santé des femmes peut être affectée quand elles remplissent leur rôle de reproductrice; ce qui montre bien qu'elles ont besoin de services de santé appropriés. Nombre élevé d'enfants, grossesses chez les adolescentes, grossesses rapprochées, manque de bons soins obstétricaux, carence nutritive, y compris l'anémie alimentaire, tout ceci contribue à la morbidité périnatale et à la mortalité ainsi qu'à des niveaux élevés de morbidité et de mortalité chez la mère dans les pays en développement. L'Organisation mondiale de la santé estime que 500 000 femmes dans les pays émergents meurent tous les ans de complications de grossesse, de tentatives d'avortement et d'accouchements difficiles. L'anémie nutritionnelle afflige la moitié des femmes en âge de procréer dans les pays en développement en comparaison de moins de 7 % chez les femmes qui vivent dans les pays développés.

Une cascade de grossesses non voulues impose un pénible fardeau physique, émotif et économique sur les épaules de bien des femmes. A cause des différences de culture, de milieu social et économique, les femmes des pays émergents ne sont souvent pas libres de décider du nombre et du moment de leurs grossesses, même lorsqu'elles peuvent déterminer leur fertilité grâce aux méthodes de contraception. Sans contrôle sur leur fertilité, il est impossible aux femmes d'avoir une emprise sur les autres aspects de leurs vies.

Les taux d'acceptation des méthodes contraceptives sont en général décourageants, surtout dans de nombreux pays d'Afrique, et cela s'explique par l'échec des programmes d'information et d'éducation des hommes concernant tous les aspects de la planification familiale, y compris la contraception chez l'homme. Dans le Tiers-Monde, quatre femmes mariées sur dix disent qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants. Cependant, la

plupart de ces femmes n'ont pas la protection nécessaire contre des grossesses non voulues. Ceci pousse les femmes à chercher des avortements légaux et illégaux; on estime que 168 000 femmes meurent tous les ans par suite d'avortements illégaux.

La plupart des populations des pays en développement vivent encore dans des régions rurales. Cependant, les hommes et les femmes émigrent de plus en plus vers les villes, surtout parce que leurs familles ne peuvent pas avoir la terre nécessaire pour leur permettre de vivre. Cette migration de la campagne vers la ville constitue un problème pour les femmes aux yeux de bien des gens. Une fois rendues à la ville, les femmes ne peuvent guère se trouver d'emplois, ce qui fait que pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants, elles doivent travailler dans le secteur des services ou un secteur qui n'est pas reconnu ou encore se livrer à la prostitution. La prostitution entraîne des problèmes sociaux et physiques chez la femme, entre autres, elle vit en marge de la société, elle s'expose aux maladies transmises sexuellement (y compris le SIDA) et aux sévices corporels.

Certaines sociétés ferment les yeux sur la promiscuité chez l'homme et il s'ensuit que les femmes sont plus susceptibles d'attraper des maladies transmises sexuellement, dont une des conséquences peut être l'infertilité, en l'absence de traitement approprié. Et une femme qui ne peut pas avoir d'enfants est bien mal vue par la société où elle vit: elle est mise au banc d'une société qui accorde tant d'importance aux enfants. Puisque plusieurs maladies transmises sexuellement sont plus difficiles à dépister chez la femme que chez l'homme ou sont asymptomatiques, les femmes peuvent à leur insu les transmettre à d'autres.

Contrairement à ce qu'on croit généralement, la plupart des femmes ne travaillent pas simplement pour se payer du luxe, mais elles le font par nécessité. Les femmes sont les seules à gagner le pain quotidien dans un quart à un tiers des familles du monde et le nombre des familles dirigées par les femmes augmente

rapidement. Les femmes travaillent de longues heures pour de petits salaires dans des conditions nuisibles à leur santé. Pour le même travail, les femmes gagnent habituellement moins que les hommes. Des conditions de travail difficiles et le contact possible avec des substances dangereuses, ajoutés à une double journée de travail (c'est-à-dire l'emploi rémunéré et les tâches domestiques) sont néfastes pour la qualité de vie de la femme en général et pour son état de santé en particulier.

Les travaux domestiques traditionnels des femmes, par exemple aller chercher de l'eau, faire le lavage, etc., et le transport de lourds fardeaux (l'eau, les enfants et le bois de chauffage) de même que la cuisine à l'intérieur avec des carburants à base de biomasse contribuent à augmenter les risques pour la santé de la femme. Dans de nombreux pays, les femmes contribuent largement aux travaux agricoles, c'est-à-dire qu'environ 50 % de la production alimentaire mondiale provient des femmes. Ceci bien entendu risque de mettre les femmes en contact avec les pesticides, les expose à la sous-alimentation, à un travail excessif nuisible à leur état de santé. En outre, l'apport des femmes aux travaux domestiques et à la production alimentaire n'a pas été compté comme une activité économique, parce qu'elles sont mal payées, que leur travail est sous-évalué ou qu'elles sont payées en biens plutôt qu'en espèces.

De plus en plus, les mauvais traitements que leur fait subir la société sont portés à l'attention du public : les femmes sont souvent victimes de sévices corporels et psychologiques, de viols et d'incestes. Ces actes de violence à l'endroit des femmes s'expliquent par le fait que les femmes sont généralement moins fortes physiquement et qu'elles occupent une position sociale où elles sont impuissantes. Ces mauvais traitements ont un effet sur leur santé mentale et physique et exigent des sanctions sociales et législatives de même que des services appropriés.

Le cancer est un autre grand problème de santé pour la femme. Le cancer du col de l'utérus est la forme principale de cette maladie dans les pays en développement : il y a un demi-million de cas nouveaux signalés tous les ans. Le cancer du sein, qui est l'une des causes les plus courantes de mortalité dans de nombreux pays développés, est en train de le devenir dans les pays en voie de développement.

### C. Conséquences du développement sur les femmes

En 1975, Année internationale de la femme, il était apparu que les femmes étaient exclues du processus du développement et qu'en fait ce processus lui-même avait souvent des effets négatifs sur le statut de la femme et sur sa condition économique. Cela tenait en partie à ce que la plupart des planificateurs gouvernementaux étaient des hommes et que le personnel masculin chargé du développement n'arrivait pas à reconnaître l'apport économique des femmes et de leurs besoins; il s'est ensuivi que les projets de développement ont été axés sur les activités économiques les plus visibles et sur les besoins déclarés des hommes. Si bien que les projets de développement ont été implantés sans qu'on ait compris à fond le fonctionnement des systèmes sociaux, les rôles joués par les différents membres de la famille et le travail exécuté par les femmes. Les projets destinés aux femmes étaient invariablement du genre «bien-être social» qui ne leur permettaient pas du tout d'améliorer leur propre bien-être économique. De même, les projets qui ont été implantés renforçaient nettement les idées reçues et poussaient les femmes à rester à la maison et à s'occuper de leur famille. En outre, les projets de développement avaient souvent tendance à superposer les schèmes occidentaux des rôles traditionnels et du travail des femmes sur les systèmes de valeurs existants.

Au cours des dix dernières années, les chercheurs ont pu démontrer, preuves à l'appui, dans quelle mesure les femmes ont raté l'occasion de tirer parti des initiatives en matière de

développement. Les sociologues ont constaté que le sexe et la classe sociale jouent un rôle clé dans les modalités de participation des hommes et des femmes aux activités sociales, économiques et politiques. Donc, le sexe doit être l'une des données variables qu'il faut considérer lorsqu'on utilise ou prépare des projets communautaires. Les donateurs internationaux et d'autres instances qui, longtemps, n'ont pas tenu compte des besoins des femmes, se sont enfin décidés à faire un effort et à s'engager spécifiquement à créer des programmes ou à améliorer ceux qui existent en vue de faciliter la vie des femmes dans les pays émergents. Toutes leurs méthodes d'approche n'ont pas été couronnées de succès et cela tient en partie à ce qu'on a cloisonné les programmes destinés aux femmes dans les initiatives de développement.

D. Effet sur les femmes de la Décennie des Nations Unies pour la femme (1976-1985)

La Décennie des Nations Unies pour les femmes (1976-1985) poursuivait les buts suivants : égalité, paix et développement et comportait trois sous-thèmes : emploi, santé et éducation. En juillet 1985, à la fin de la décennie pour les femmes, une conférence mondiale s'est tenue à Nairobi pour passer en revue et évaluer les réalisations de la décennie et pour élaborer les stratégies visant l'avancement de la femme jusqu'à l'an 2000. La conférence a adopté par consensus le grand document de la conférence : «Les stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme» qui précisait les mesures concrètes destinées à surmonter les obstacles empêchant la réalisation des buts et objectifs de la Décennie pour le progrès de la femme, dont un certain nombre touchaient aux questions de santé.

Les conséquences de la décennie pour la femme sur la situation de la femme dans les pays en développement restent à déterminer. Plusieurs organismes étudient les effets positifs pour la santé



de la femme de ces dix dernières années, mais jusqu'ici il y a eu peu de résultats. A bien des égards, surtout dans les domaines socio-économiques, la situation de la femme s'est détériorée et il y a eu des effets négatifs sur leur santé et celle de leur famille. La plus grande carence de l'initiative FED fut de ne pas comprendre la dynamique de la relation entre l'homme et la femme dans leurs familles et leurs collectivités. La différence de pouvoir, le statut privilégié de l'homme par rapport à la femme n'ont pas été contestés.

Au nombre des résultats positifs de cette décennie, il faut compter l'obtention de données plus nombreuses et plus précises sur l'activité des femmes, des indices spécifiques aux deux sexes concernant la santé, la réalisation de l'importance de l'intégration des femmes dans le processus du développement, de même qu'une meilleure conscientisation de l'apport socio-économique de la femme et de ses besoins dans tous les secteurs, y compris celui de la santé. Cependant, cette prise de conscience montre bien qu'il y a lieu d'améliorer la situation de la femme dans le domaine socio-économique et dans les secteurs de la santé et de l'emploi.

## II. ROLES DES FEMMES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ

En plus d'avoir leurs propres besoins en matière de santé, les femmes assument des responsabilités complémentaires dans le domaine de la santé parce qu'elles contribuent à la santé de leurs familles et de leurs collectivités. La plupart des sociétés dépendent largement des femmes lorsqu'il s'agit de dispenser des soins de santé officiels ou non, mais cet apport est souvent sous-évalué.

### A. Les femmes et les réseaux informels de soins de santé

Les gouvernements nationaux ou les donateurs n'ont pas toujours reconnu tout ce que les femmes ont fait comme dispensatrices de soins de santé. Les femmes assurent une part très importante des

soins de santé primaires : surtout puisque la plupart des huit éléments essentiels relèvent exclusivement des femmes au sein de la famille. Ce sont les femmes qui doivent faire l'éducation en matière de santé; enseigner les bons usages aux enfants; créer un milieu au foyer qui soit propre à assurer une bonne santé (de l'eau pure et des aliments nutritifs); limiter la taille de la famille; s'assurer que les enfants sont immunisés ou qu'on les mène vers les dispensaires au besoin; et s'occuper des personnes âgées. Ce sont les femmes qui, sans rémunération, servent d'infirmières auprès des accouchées, qui accouchent la plupart des parturientes dans le monde en développement et qui forment la plupart des volontaires dans les hôpitaux, les cliniques d'auto-assistance et dans les organismes communautaires.

Et ce qui est ironique, c'est qu'on s'attende à ce que les femmes remplissent ces différents rôles tout en étant moins instruites et moins bien informées et en recevant un soutien minimum pour leurs contributions importantes à la santé de la famille et de la collectivité. Comme l'économie se modernise et que les marchés se développent, on assiste à une érosion du rôle des femmes: elles doivent gagner un salaire, si elles veulent assurer le bien-être de leur famille, ce qui réduit leur capacité de dispenser les programmes de soins de santé primaires, tels qu'ils ont été conçus par l'OMS et les ministères de la Santé.

#### B. Les femmes et les services officiels de santé

Les femmes jouent un rôle important dans les professions de la santé. Selon les statistiques dont on dispose, dans la plupart des pays, même si le personnel travaillant dans le système officiel de santé est surtout composé de femmes, celles-ci occupent généralement les postes les moins bien rémunérés, les moins prestigieux, plutôt que ceux où le statut, une rémunération adéquate et le pouvoir leur permettraient de prendre des décisions et de les faire appliquer.

Souvent, les travailleuses de la santé communautaire, choisies dans leurs différents villages, sont des bénévoles ou des quasi-bénévoles dans les programmes de soins de santé de première ligne. La plupart des personnes formées pour les niveaux inférieurs du travail de santé communautaire sont des femmes. Leur efficacité dépend de conditions qui leur échappent, par exemple la formation, le soutien et les rétroactions reçus, de même que de la mesure dans laquelle leur travail est considéré comme pertinent aux plus grands systèmes de santé. Les femmes qui dispensent déjà une part importante des services de santé primaires à leur famille devraient-elles être chargées de la responsabilité de veiller sur la santé de la collectivité, surtout sans rémunération convenable? En outre, on n'a guère tenu compte du temps que les femmes consacrent aux soins de santé à titre de bénévoles ou de quasi-bénévoles et on n'a pas tenu compte non plus des chances de carrière qui leur échappent.

C. Les organismes féminins dispensateurs de services de santé

Les organismes féminins dans les pays en développement peuvent être une source importante de dynamisme et de solidarité pour les femmes. Les comités féminins de village, les comités de santé des villages, les coopératives féminines et d'autres organismes féminins dans les pays en développement peuvent être des agents importants d'évolution sociale et peuvent avoir un impact considérable sur les participantes, de même que sur la santé communautaire. Effectivement, les organisations de base sont le principal point de mire de la stratégie de l'Organisation mondiale pour la santé en vue de faire participer les organismes féminins aux soins de santé primaires, puisqu'ils servent les pauvres et les sans voix et que leur but est habituellement de répondre aux besoins immédiats de leurs membres. En se fixant et en réalisant des objectifs réalistes, les groupes de femmes peuvent être un centre de formation à la prise de décision et au développement des qualités de chef. En donnant aux femmes un pouvoir de négociation accru et en les aidant à mettre en commun

les économies et le crédit acquis, les organismes féminins peuvent mener les femmes à acquérir plus de pouvoir, à participer au processus du développement et à en bénéficier.

### III. L'EXPÉRIENCE DU CENTRE

Après avoir tiré au clair la mission et les objectifs du Centre, l'EPP VII (1986-1987/1988-1990) a jeté les bases de la planification stratégique au Centre. En appuyant la recherche et les initiatives rattachées à la recherche en vue d'aider à promouvoir la participation des autochtones au développement socio-économique des régions du monde, en s'intéressant particulièrement aux peuples les plus pauvres de ces régions, le Centre déclarait son soutien aux hommes, aux femmes et aux enfants. C'est dans les régions rurales que l'on trouve les plus pauvres et, dans celles-ci, ce sont souvent les femmes qui ont besoin d'une aide particulière et dont le développement et la recherche devront tenir compte.

De l'avis du Centre, trois éléments sont indispensables pour assurer le développement du point de vue des bénéficiaires. Les voici : équité, participation et croissance soutenue. Nous en avons déjà parlé en ce qui concerne l'équité et la participation: les femmes ne bénéficient généralement pas du processus du développement et elles n'y participent pas sur un pied d'égalité. En outre, à cause de leur statut inférieur et de leur pauvreté au regard des hommes, elles n'ont pas eu également accès aux services de santé. Cette constatation a poussé bien des gens de chez nous à dire que la recherche soutenue par le Centre devait être orientée vers les besoins des femmes tout autant que vers ceux des hommes.

#### A. La création du Groupe FED

Le Centre n'a pas encore adopté de politiques officielles pour les femmes et le développement, mais il s'est engagé à intégrer les femmes dans le développement en établissant dès avril 1987 le Groupe Femmes et Développement (FED).

Avant la création du groupe, le Centre et la Division des sciences de la santé fournissaient un appui considérable officiel et officieux à la recherche sur les problèmes spécifiques aux femmes et sur leur participation à titre de chercheuses et d'administratrices de programmes. Ce soutien à la recherche se poursuit, mais depuis la création du groupe FED, le partage de l'information et la collaboration se sont structurés davantage.

Le FED a pour but de soutenir la recherche sur l'intégration des femmes dans le développement. Le service remplit un rôle consultatif et de développement de projet et il a pour fonction globale d'accroître et de coordonner l'appui du Centre aux recherches destinées aux femmes. Cependant, le service n'est pas conçu comme le seul mécanisme du Centre permettant de soutenir la recherche sur les femmes. On incite d'autres programmes à aider la recherche avec ou sans la participation technique et financière du FED.

#### B. L'expérience de la Division des sciences de la santé

La Division des sciences de la santé, par le biais de ses programmes et par certaines des activités qu'elle a soutenues, a démontré qu'elle reconnaissait l'importance de la participation des femmes dans le domaine du développement et dans celui de la recherche destinée au développement. Notamment, les programmes des anciens secteurs de l'approvisionnement en eau et hygiène et de la santé maternelle et infantile. L'évolution de la DSSa, qui a maintenant adopté une méthode d'approche holistique dans le domaine de la santé en mettant l'accent sur la santé des collectivités, souligne le besoin de trouver des moyens de s'assurer que la recherche financée répondra également aux besoins des femmes de ces collectivités en matière de santé.

## 1. Approvisionnement en eau et hygiène

Pendant nombre d'années, la Division a reconnu le rôle crucial joué par les femmes dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène. On en veut pour preuve le fort pourcentage de directrices de projets, d'ingénieures et d'administratrices ainsi que le genre de projets soutenus. La recherche qui a été financée s'est penchée sur le rôle des femmes des villages dans leurs rapports avec l'introduction, l'installation, l'utilisation appropriée et l'entretien des approvisionnements en eau et les installations d'hygiène.

Depuis quatre ans, la Division a organisé et financé trois colloques où il a été question des rôles des femmes dans les programmes d'approvisionnement en eau et d'hygiène. Le premier, tenu à Manille, aux Philippines, était surtout destiné au développement de projets et à la création de réseaux informels de recherche. Certaines propositions de recherche qui ont vu le jour à cette réunion ont depuis été soutenues par le CRDI et certaines autres l'ont été par d'autres organismes donateurs.

Le second colloque d'une durée d'un jour et demi tenu à Ottawa, a fait ressortir l'importance de la participation des membres de la collectivité, surtout des femmes dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène. Une troisième réunion s'est tenue à Manille en avril 1988 où l'on a étudié les questions de recherche et l'utilisation des résultats des recherches concernant les femmes dans les questions de développement. Les recommandations émanant de cette réunion ont mis l'accent sur l'importance de garder comme point de mire le tandem collectivité/femme au fur et à mesure que les projets seront implantés sur une plus grande échelle.

## 2. Santé maternelle et infantile

La recherche visant l'amélioration de la santé de la femme a toujours été une priorité de la Division des sciences de la santé. La santé des organes de reproduction et le choix de procréer ont toujours été au coeur des droits et de la véritable égalité des femmes. Depuis 1971, la Division a apporté son soutien à de nombreux projets de recherche dans le domaine de la reproduction humaine et de la planification familiale (94 projets se montant à 21 millions de dollars canadiens). Une bonne partie de cette assistance a été orientée vers le développement des capacités de recherche en reproduction humaine et pour l'établissement de réseaux de recherche sur la fertilité. Voici d'autres secteurs de recherche : systèmes de prestation pour les services et programmes de planification familiale; l'investigation des facteurs de risque et des séquelles possibles des contraceptifs; la relation entre l'allaitement au sein et l'aménorrhée; le développement du matériel éducatif en vue d'introduire dans les cliniques les appareils contraceptifs. Un soutien minimal a été accordé à la recherche sur l'infertilité et sur la fertilité des adolescents, domaines qui attireront vraisemblablement du financement dans l'avenir.

La recherche en vue d'améliorer les soins obstétriques pendant la grossesse et le dénouement de la grossesse ont reçu beaucoup d'attention de la part de la Division. Voici quelques projets appuyés récemment : 1) Prévention de l'hypertension provoquée par la grossesse (Argentine); 2) Santé maternelle à Tegucigalpa (Honduras); 3) Sages femmes traditionnelles au Zimbabwe et, 4) le projet multi-pays, Comportement psychosocial relativement aux dénouements de la grossesse (Amérique latine) qui étudie l'effet de l'assistance psychosociale pendant la grossesse sur le dénouement de la grossesse.

Dans le domaine de l'alimentation, la Division a financé des projets de recherche sur l'anémie pendant la grossesse et sur la promotion de l'allaitement au sein; dans le domaine des maladies féminines, un projet sur la prévention du cancer du col de l'utérus a reçu un appui financier.

### 3. Autres initiatives

La santé des travailleuses dans les pays émergents a retenu l'attention de la Division. Cependant, jusqu'à maintenant on a financé un seul projet, qui étudie les dangers professionnels pour la santé chez les travailleuses d'usines en Corée. On espère qu'à l'avenir la recherche sur les dangers pour la santé des travailleuses agricoles sera également soutenue. Dans nombre de pays en développement, les femmes et les enfants, élément important mais souvent passé sous silence de la population agricole active, peuvent souffrir d'un contact accidentel avec les pesticides, de par leur travail.

La Division a également parrainé la participation de six directrices de projet pour les pays émergents au Forum 85 à Nairobi, conférence d'organismes non gouvernementaux qui devait coïncider avec la fin de la Décennie des Nations Unies pour la femme.

Une activité importante de la Division en 1986-1987 fut le parrainage conjoint avec la Fondation Rockefeller d'une initiative qui avait pour but d'identifier les problèmes de recherches clés concernant le sexe, la technologie et le développement dans le Tiers-Monde. Cette initiative a suscité beaucoup de discussions au Centre et a provoqué une prise de conscience plus approfondie quant au besoin de recherches plus poussées.

De même, de concert avec le groupe FED et avec la Division des bourses, la Division des sciences de la santé parrainera



un interne qui viendra à Ottawa poursuivre des recherches intéressant le Centre et l'interne lui-même dans le domaine de la femme, de la santé et du développement.

C. Association avec le Groupe FED

La Division des sciences de la santé travaille en étroite collaboration avec le Groupe de la femme et du développement en vue d'assurer des échanges d'information et d'idées au moment opportun. Cette initiative permet la coordination des projets et d'autres activités touchant aux femmes dans le domaine du développement. Au cours de l'exercice financier 1987-1988 et 1988-1989, la Division des sciences de la santé a versé 250 000 \$ au service FED. En plus de cette assistance financière, un agent de programme de la Division des sciences de la santé a été nommé comme agent de liaison entre la Division et le FED et il a été chargé de coordonner les activités touchant aux questions de FED au sein de la DSSa.

Les femmes, la santé et le développement n'est pas un sujet envisagé dans le cadre d'un programme distinct à la Division des sciences de la santé. Au contraire, la Division continuera de mettre l'accent sur l'étude des questions de santé féminine dans le contexte de questions plus générales concernant les rôles des femmes dans le domaine de la production et de la reproduction. Il est de la plus grande importance que la santé de la femme soit étudiée en tenant compte non seulement des aspects psychologiques, mais aussi des points de vue de l'environnement et de la société en général. Le FED peut fournir son appui à la Division des sciences de la santé en vue de l'élaboration de projets dans des secteurs qui comportent un élément santé, mais qui ne se rangent pas directement dans les domaines des programmes réguliers. Au besoin, le service FED peut aider à intégrer l'analyse des sexes dans des projets qui ont le soutien de la Division. L'analyse des sexes comporte une étude minutieuse des facteurs socio-économiques et culturels entourant une question de

santé en particulier et un examen de la portée des attentes et demandes imposées aux femmes par la société à l'étude qui peuvent mener à des problèmes de santé.

#### IV L'APPROCHE DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ ENVERS LES FEMMES ET LA SANTÉ

La Division continuera de financer la recherche sur les problèmes de santé féminine, mais elle le fera en reconnaissant que les systèmes actuels de soins de santé existent dans une société injuste. Il faut changer radicalement la société pour répondre aux besoins des femmes et pour leur permettre de surmonter leurs difficultés actuelles. Cependant, la Division reconnaît que la santé est un élément important du développement et que les femmes des pays émergents ont d'urgents problèmes de santé auxquels il faudra répondre. En outre, la Division reconnaît l'importance des dimensions sociales des soins de santé et le fait que les femmes doivent participer à la recherche des solutions à leurs problèmes de santé.

Donc, l'appui accordé par la Division des sciences de la santé pour la recherche sur les femmes, la santé et le développement, se fera sur un double front :

- a) assistance à la recherche qui tend à déceler et à comprendre les dangers pour la santé des femmes et à trouver des solutions appropriées et pratiques pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de santé; et
- b) appui à la recherche menant à une compréhension et à une facilitation du rôle des femmes qui dispensent les soins de santé à leurs familles et à leurs collectivités.

A. Recherche sur les risques particuliers aux femmes et sur leurs besoins en matière de santé

Il faut faire d'autres études sur les dangers pour la santé des femmes qui jouent le rôle de productrices et de reproductrices. Il nous faut des renseignements provenant des individus et des collectivités ainsi que du niveau plus vaste comprenant une étude des structures sociales et juridiques qui influent sur la santé des femmes. Des études au niveau communautaire doivent être réalisées en tenant compte intégralement du milieu culturel, religieux, social, économique et physique des femmes en cause. Les croyances concernant la santé, les pratiques en matière de santé, les services d'hygiène disponibles, les besoins de santé en évolution chez les femmes au cours de leur vie, la prise de décision en ce qui concerne leur recherche en soins de santé, etc., tout cela doit être pris en considération. Il faut également faire des recherches dans le domaine de la santé professionnelle, surtout chez celles dont la vie est compromise par le travail et les enfants à naître. Par exemple, il faudra répondre à la question importante qui suit : quel a été l'impact de l'évolution technologique en agriculture sur la santé et l'alimentation des femmes? Cette méthode holistique tient compte du fait que les femmes et leurs besoins en matière de santé constituent une catégorie homogène unique, mais que leurs besoins varient d'un village à l'autre, d'une province à l'autre et d'un pays à l'autre.

Si l'on reconnaît que la connaissance est une source de pouvoir, la recherche sur les besoins des femmes en matière de santé devrait être entreprise avec la participation des femmes elles-mêmes. Ceci permettra de s'assurer que toute intervention dans le domaine de la santé qui en résultera se fera avec la connaissance traditionnelle des femmes concernant leur santé et que l'on partira de ce point.

Une forme non traditionnelle de recherche ou la recherche active peut être utilisée de façon appropriée lorsqu'on étudie les femmes et la santé. Cette recherche met en cause les femmes elles-mêmes de façon beaucoup plus étroite en tenant compte des changements sociaux et comporte un certain nombre de conséquences intéressantes pour le Centre. La recherche active aide à colmater la brèche entre les clients du Centre (les chercheurs) et ses bénéficiaires (les peuples des pays émergents) et aide à faire en sorte que la recherche entreprise sera pertinente. En outre, en faisant participer les communautés à toutes les étapes de la recherche du début jusqu'à la planification, à l'exécution et à l'évaluation, on aidera à utiliser les résultats de la recherche par ceux qui sont les plus intéressés. Toutefois, il se présente un dilemme pour le Centre, et il faut en tenir compte lorsqu'on songe à soutenir la recherche active. Il se pose une question morale quand on suscite des attentes au sein des communautés et qu'on laisse entrevoir une amélioration de leur situation. Une fois la recherche terminée, il incombera à la collectivité de résoudre ses problèmes, souvent en l'absence de volonté politique et de ressources nécessaires.

La méthode de recherche active ou à participation est devenue un point saillant de la recherche féminine. Elle aide à découvrir le «pourquoi» de la situation de santé des femmes et elle va au-delà d'une simple description de leur situation. La santé n'est peut-être pas une priorité pour les collectivités qui s'engagent dans une recherche à participation où elles déterminent leurs propres programmes de recherche et contrôlent efficacement le processus de la recherche. Habituellement, les communautés ne considèrent pas que les problèmes de santé sont des besoins prioritaires. Les considérations économiques sont souvent plus importantes que les besoins de santé. L'étude que Christine Obbo a faite en 1980 sur les femmes de l'Afrique orientale montre que les femmes veulent de préférence le pouvoir, le statut et la santé, tout comme les hommes. Cependant les hommes ont tendance à considérer toute tentative des femmes en

vue de se gagner plus de chances de succès pour parvenir à ces objectifs comme une tentative d'échapper à leur emprise.

B. Recherche sur les rôles des femmes à titre de dispensatrices de soins de santé

On a déjà démontré que les femmes fournissaient une part considérable des soins de santé primaires à leurs familles et à leurs collectivités, à la fois dans le cadre des systèmes de santé officiels et informels. Cependant, ceci n'est pas bien compris en fonction du temps et des exigences financières. De même, croit-on, il existe une possibilité de créer un rôle plus vaste et plus efficace pour les femmes.

Cependant, en tenant compte de ce rôle plus vaste et plus réel que les femmes pourraient jouer, les chercheurs ne devraient pas considérer les femmes ou les hommes comme des travailleurs non payés facilement disponibles en mesure de dispenser des soins de santé dans les régions rurales. Pour les pauvres ruraux, la survie et la sécurité sont de toute première importance. On a constaté que lorsque des projets qui offrent aux femmes de nouvelles possibilités d'entrée dans une communauté rurale, les familles doivent évaluer les risques et les avantages nouveaux en comparaison des stratégies traditionnelles qui existent pour les femmes.

On n'a pas suffisamment réfléchi chez les planificateurs et les administrateurs de la santé à la nature du fardeau que les stratégies et technologies de soins de santé primaires imposent aux femmes. Leurs autres tâches traditionnelles (la cuisine, le nettoyage, les soins aux enfants, la production alimentaire, etc.) demeurent inchangées, si bien que les nouvelles responsabilités (conduire les enfants au centre sanitaire voisin pour les y faire vacciner, la surveillance de la croissance) viennent s'ajouter aux anciennes. La recherche devrait chercher à comprendre ce qu'il en coûte aux femmes en temps, en soins

dispensés et en coûts d'opportunité à titre de dispensatrices et de récipiendaires des services de santé primaires. Le recouvrement des coûts s'impose dans les programmes de soins de santé. Des stratégies sélectives de soins de santé de première ligne sont presque exclusivement ciblées en vue de leur implantation par les femmes. De même, la recherche devrait chercher des moyens d'inciter et d'aider les hommes à participer au domaine des soins de santé aux familles pour mieux répartir le fardeau entre les hommes et les femmes.

On espère en outre que les femmes elles-mêmes bénéficieront d'une plus grande compréhension et d'une plus grande reconnaissance de leur apport aux soins de santé primaires. Les ministères, les planificateurs et les décideurs devraient savoir ce que font les femmes pour qu'elles soient considérées de façon appropriée en vue de la formation technique et qu'elles reçoivent les intrants et indemnités appropriés au moment convenable. Ceci pourrait en retour stimuler l'amélioration du statut de la travailleuse dans le domaine des soins de santé.

Le discours féministe qui demande une transformation de la société en vue d'assurer un accès égal aux femmes et aux hommes aux ressources disponibles, une rétribution juste pour le travail exécuté et une restructuration des relations entre les hommes et les femmes est tout à fait pertinent pour les femmes et leurs besoins de santé. Jusqu'ici les chercheurs se sont intéressés à l'efficacité des services de santé plutôt qu'à l'équité au sein de ces services. Une plus grande préoccupation égalitaire signifie que les chercheurs et les planificateurs doivent prendre la femme en considération lorsqu'ils conçoivent leurs systèmes de soins de santé.

Dans deux grandes catégories de recherche précisées plus haut, les secteurs de priorité pour la recherche n'ont pas encore été délimités. Ils seront déterminés au sein de chacun des trois programmes de la Division des services de santé, de même que

l'apport régional approprié. Les études sur les femmes dans les pays émergents, qui ont été entreprises par des chercheuses locales et des activistes, peuvent constituer un cadre contextuel dans lequel on pourra s'interroger sur les préoccupations concernant la santé des femmes. On pourra lire à la page suivante des recommandations générales, destinées à la Division des services de santé et formulées en fonction de l'appui aux projets de recherche et aux activités connexes.

## V RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent se classent en deux catégories : celle qui touche aux questions de fond (dangers pour la santé, rôle des femmes dans le domaine de la santé, etc.) et celle qui touche aux initiatives de la Division des services de santé en vue d'encourager les chercheuses, la méthodologie de la recherche, etc.

### A. Recommandations rattachées aux questions de fond

1. Le rôle des femmes dans le développement des services de santé : Les femmes des pays émergents fournissent une grande partie des soins de santé primaires à leurs familles et à leurs communautés : guérisseuses traditionnelles, sages femmes ou travailleuses communautaires, sans le soutien nécessaire et sans les établissements sur lesquels compter. Il est donc recommandé que :

- la Division soutienne la recherche qui étudie la participation et l'amélioration des rôles des femmes dans les services de santé au niveau communautaire. Les femmes devraient participer à tous les aspects des soins de santé primaires y compris l'identification des besoins de santé de la collectivité, l'élaboration de plans pour répondre à ces besoins et l'implantation de ces plans.

2. Besoins particuliers des femmes en matière de santé : Les femmes ont des besoins particuliers en matière de santé et d'alimentation relativement à la grossesse, à la naissance des enfants et à l'allaitement auxquels ne répondent pas les services actuels de santé dans les pays émergents. On recommande donc que :

- la Division soutienne la recherche qui, avec la participation des femmes au niveau communautaire, identifie les besoins de santé et d'alimentation et cherche à trouver les moyens pour y répondre.

3. Les facteurs du risque rattachés à la santé des femmes :

L'activité des femmes comme productrices et reproductrices peut parfois et dans certaines circonstances entraîner des dangers particuliers pour la santé des femmes. De même, la condition économique et sociale de la femme déterminera si elle peut utiliser les services de santé existants. Il est donc recommandé que :

- la Division soutienne la recherche en vue d'identifier et de réduire les risques pour la santé des femmes et de chercher des moyens de protéger et de promouvoir la santé des femmes.

B. Recommandation concernant le soutien pour la recherche

4. Le développement des ressources humaines : Dans nombre de pays émergents, les femmes n'ont pas eu les mêmes chances de s'instruire, de se former et de trouver des emplois que les hommes. Les chercheuses féminines sont moins expérimentées et ont moins d'ancienneté. Il est donc recommandé que :

- la Division soutienne, le cas échéant, les chercheuses féminines, les enquêteuses et administratrices principales, en leur fournissant la formation et autre assistance au



besoin. En outre, il est recommandé que la Division s'efforce de choisir et d'assister les chercheuses en vue de leur permettre d'assister à des conférences et colloques internationaux où l'on retrouve surtout des hommes.

5. Méthodologie de recherche : On a constaté que les enquêtes standards et les techniques traditionnelles de collecte de l'information ne cherchent pas toujours à obtenir l'opinion ou l'information sur les femmes pauvres. Il est donc recommandé que :

- la Division soutienne le principe des ateliers régionaux en vue de former des chercheurs dans les méthodologies de recherche appropriées en vue de recueillir les données concernant les femmes, y compris les méthodologies de recherche à participation, les techniques des sciences anthropologiques et sociales, la formation dans l'analyse de l'apport des sexes, l'évaluation rapide dans les campagnes, etc.

6. Base de données sur les chercheuses : Afin que la Division puisse surveiller et évaluer le soutien accordé aux chercheuses et les possibilités de formation données aux chercheuses, administratrices et autres, il est recommandé que :

- la Division mette sur pied et garde une base de données permettant d'identifier selon le sexe ses principaux enquêteurs et autres chercheurs.

7. Soutien accordé aux groupes féminins : Dans bien des cas, les organismes féminins et les groupes d'action féminine sont en mesure de déterminer et de répondre aux besoins de santé de la collectivité. Il est donc recommandé que :

- la Division soutienne la recherche entreprise par les organismes non gouvernementaux, y compris par les groupes de femmes. Ces projets seront considérés comme plus risqués puisqu'ils seront souvent dirigés par des personnes qui n'ont guère de formation officielle en recherche ni d'expérience. Cette recherche devrait donc être faite de telle sorte qu'elle permette la formation et la collaboration entre les organismes non gouvernementaux, le réseau de la santé et les chercheurs de l'université.

## OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

Blair, P.W., ed. 1981. Health Needs of the World's Poor Women. Equity Policy Centre, Washington, D.C. 204 pp.

Conable, Barber B. 1987. Safe motherhood. Forum mondial de la santé 8(2) : 155-160.

D'Souza, S., A. Bhuiya, S. Zimicki and K. Sheikh, 1988. Mortality and morbidity: the Matlab Experience. Étude technique CRDI 56e.

Ellis P. September 1986. «Methodologies for doing research on women and development». In: Women in development: perspectives from the Nairobi Conference. CRDI-MR 137E 224 pp.

CRDI. 1985. Le rôle des femmes dans le domaine de l'approvisionnement en eau et des services d'hygiène : tentatives pour relever un défi séculaire. 104 pp. CRDI-236e.

CRDI. Juin 1987. Seminar on the participation of women in water supply and sanitation programs. 72 pp. CRDI-MR150e.

Key, Penelope. 1987. Women, health and development, with special reference to Indian women. Health Policy and Planning 2(1): 58-69.

Lopez, Alan D. 1984. Sex differentials in mortality. Chronique OMS 38(5): 217-224.

Maguire, P. 1984. Women in development: an alternative analysis. Center for International Education. Amherst MA. 66 pp.

Maine, Deborah. 1985. Mothers in peril: the heavy toll and needless deaths. People 12(2): 6-8.

Obbo, C 1980. African Women. Zed Press, Londres, U.K. 166 pp.

Pizurki, H. et al. 1987. Women as providers of health care. OMS, Genève. 163 pp.

Rathgeber, E., January 1987. Women in development: Some thoughts on IDRC support. Non publié. 38 pp.

Royston. E. 1978. Morbidity of women: The prevalence of nutritional anemias in developing countries. OMS. Genève

Sivard, Leger R. 1985. Women ... a world survey. World Priorities publ. Washington, D.C.. 44 pp.

Thorborg, M. ed. 1986. Identification of priority research issues on women in Asia and the Pacific: A report on research and research organizations with bibliography. SAREC. 2 vols, 166 pp et 139 pp.

United Nations, July 1985. «The Nairobi forward - looking strategies for the advancement of women», Nairobi, Kenya. Décennie des Nations Unies pour la femme 1976-1985.

White, Pelzer and K. Young, eds. 1984. Research on rural women: feminist methodological questions. IDS Bulletin 15(1). 68 pp.

OMS, 1984. Women in health and development: the view from the Americas. Chronique OMS 38(6):249-255.

OMS, 1985. The United Nations Decade for Women: an end and a beginning. Chronique OMS 39(5):167-10, Genève.

OMS 1985. Les femmes, la santé et le développement : un rapport du Directeur général, Genève.

OMS 1986. Maternal mortality: helping women off the road to death. Chronicle OMS 40(5): 175-183.

World Federation of Public Health Associations. March 1986. Women and Health. Information for action issue paper. Genève. 80 pp.

Zandstra, I. April 1986. Women's roles in health development. Non publié.

Ébauche  
(30/06/88)

## **STRATÉGIES RÉGIONALES**

**portant spécialement sur le secteur de la santé**

**DOCUMENT DE PRINCIPE**

**présenté à**

**la Division des sciences de la santé**

**Centre de recherches pour le développement international (CRDI)**

**par**

**KARL A. SMITH**

## **TABLE DES MATIERES**

	<b>Page</b>
Introduction	1
Attitude du Canada à l'égard de l'aide internationale au développement	2
Centralisation et décentralisation	5
Stratégies régionales passées et présentes du CRDI	13
Stratégies régionales des diverses divisions du Centre	22
Dotation régionale de la SSa	28
Politique et stratégies régionales de la SSa	32
Prochaines étapes	36
Évaluation	40
Résumé	41
Bibliographie	42

## STRATÉGIES RÉGIONALES

### Introduction

Rédigé par la Division des sciences de la santé, ce document est un prolongement de la Section E de la Partie II du Plan stratégique; il a pour but de fournir de plus amples détails, à des fins de réflexion, que n'en contient le plan au sujet des perspectives régionales et de préciser les activités des autres divisions du CRDI à l'échelon régional. Il est fait mention de divers autres documents rédigés par la Division et par d'autres services.

On examine ici une foule de sujets, notamment les annonces récentes du gouvernement du Canada en matière d'aide publique au développement et les répercussions d'une collaboration CRDI-ACDI; la centralisation ou la décentralisation des activités de développement; le rôle du personnel et des bureaux régionaux du CRDI et les répercussions de la préparation et du déploiement du personnel en cause; et enfin, la manière dont toutes ces considérations peuvent déterminer et modifier les stratégies régionales et globales de la Division.

### Attitude du Canada à l'égard de l'aide internationale au développement

La générosité financière du Canada à l'étranger est largement reconnue et bien accueillie. Malgré des lacunes au niveau de l'organisation et de la prestation et malgré les besoins perçus dans notre pays, les Canadiens croient quand même qu'il est utile et avantageux de financer l'aide publique au développement et de la dispenser comme il se doit. Cette motivation repose en partie sur des objectifs humanitaires (des événements récents, notamment les sécheresses en Afrique, en témoignent) mais également, à la longue, sur la perspective éclairée de bénéfices mutuels à long terme grâce à des relations fécondes et à la promotion des échanges commerciaux.

Non seulement considère-t-on la stabilité du bénéficiaire comme une condition préalable à la prestation d'une aide au développement, mais on tient compte aussi des questions d'équité, de dignité et de progression vers l'autonomie.

Après un examen approfondi des politiques et programmes officiels du Canada en matière d'aide au développement, le Comité permanent (de la Chambre des communes) des Affaires étrangères et du commerce extérieur présentait en mai 1987 un rapport au Parlement (le rapport Winegard intitulé «Qui doit en profiter»). En septembre 1987, le gouvernement répondait à quelques-unes des recommandations de ce rapport et les acceptait pour la plupart («Pour bâtir un monde meilleur»). Quelques parties de ce document intéressent particulièrement le CRDI et ses opérations, plus spécialement à l'échelon régional; un petit nombre de questions sont maintenant mises en évidence.



Avant tout, on souligne que l'aide publique au développement (APD) vise à répondre aux besoins des pays et des individus les plus démunis et, dans ce contexte, le perfectionnement des ressources humaines prend une importance primordiale. L'accent est surtout mis sur les femmes, les soins de santé de première ligne et l'éducation.

La politique qui est à la base de l'intérêt national du Canada vise des objectifs :

- humanitaires, c'est-à-dire alléger la souffrance humaine et favoriser la justice sociale;
- politiques, c'est-à-dire accroître la stabilité et améliorer le climat de paix;
- économiques, c'est-à-dire stimuler le commerce international et favoriser la croissance et les perspectives économiques à long terme du Canada.

On estime que ces trois objectifs se complètent l'un à l'autre.

Sur le plan stratégique, le but est de briser la toile (de la pauvreté) de la maladie, de la malnutrition, du manque d'instruction et de la fécondité élevée. On cherche à mettre de l'avant une approche en matière de développement qui soit intégrée et multisectorielle.

Parmi les autres éléments dignes de mention, notons le besoin d'améliorer les compétences de planification et de gestion des bénéficiaires; la nécessité de dispenser une aide cohérente et soutenue à long terme; et la prestation souhaitable d'une aide dans un contexte d'association entre les responsables de l'APD et les bénéficiaires, afin que l'élaboration des projets et des programmes avec la participation locale vise effectivement les plus démunis.

Afin de rationaliser les éléments d'un programme d'aide au développement par le Canada, on recommande de mettre au point une charte de l'aide au développement comme l'un des éléments d'un mandat législatif. Le gouvernement a accepté cette charte avec des modifications, sans lui associer la définition législative.

L'APD du Canada parvient aux bénéficiaires de nombreuses façons, l'Agence canadienne de développement international (ACDI) étant le principal véhicule direct. L'ACDI fournit une aide au moyen d'organismes multilatéraux, dans une large mesure par l'intermédiaire d'ententes bilatérales, mais aussi grâce à la collaboration de tiers au Canada (organismes nationaux du monde universitaire, du milieu des affaires et d'autres secteurs) ainsi que d'organismes non gouvernementaux du Canada et des pays du tiers monde. Bien que l'ACDI finance de temps à autre des projets de recherche, elle s'occupe principalement d'aide technique. C'est le CRDI qui, par une loi du Parlement, a été créé dans le but précis de dispenser une aide au développement par les moyens de la recherche. D'autres documents de principe de la Division des sciences de la santé renferment suffisamment de détails sur la mission et les objectifs du CRDI, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de les répéter ici.

On a toujours idéalisé une collaboration étroite entre le CRDI et l'ACDI, le CRDI fournissant quelques fois les résultats de la recherche afin d'appuyer les programmes d'aide technique de l'ACDI. Pour diverses raisons, cependant, cet objectif n'a pu se réaliser dans le passé.

Bien que dans l'ensemble élogieux, le rapport Winegard a exprimé quelques critiques à l'endroit du CRDI. Sur le côté négatif, on perçoit une énorme

croissance bureaucratique et un ralentissement de la capacité du Centre de répondre aux demandes de financement des projets de recherche. En outre, malgré une certaine décentralisation de nos bureaux régionaux, on estime que la prise de décisions est toujours trop concentrée à Ottawa. Côté positif, on félicite le Centre de ses tentatives de décentralisation.

La nature hautement centralisée des opérations de l'ACDI est l'une des principales critiques adressées à cet organisme; on a donc fait des recommandations pour décentraliser et déléguer le pouvoir de décision. Ces recommandations ont été acceptées en principe ou en totalité et des mesures sont déjà prises pour les mettre en oeuvre.

Le rapport Winegard estime qu'un lien doit être établi entre le CRDI et l'ACDI, c'est-à-dire trouver des moyens plus pratiques d'intégrer les résultats des recherches du CRDI aux projets de l'ACDI, plus particulièrement dans le domaine du perfectionnement des ressources humaines. On a proposé à cette fin deux modalités : des programmes d'échange de personnel et des projets mixtes.

Pour ce qui est du CRDI, on estime que la recherche agricole en Afrique sub-saharienne est l'un des secteurs auxquels il faudrait prêter attention.

### Centralisation et décentralisation

Dans cette section, on examine les points forts et les inconvénients de la centralisation et de la décentralisation de la planification, de la gestion et de la prise de décisions d'abord sur une base théorique, puis, dans la

pratique, à l'égard de quelques programmes de développement destinés à des pays en développement, ensuite pour l'ACDI mais à travers les yeux du Parlement et du gouvernement du Canada et enfin, au niveau des activités du CRDI.

### Centralisation

La plus grande partie de l'expérience que nous avons aujourd'hui de la centralisation et de la décentralisation provient des pays en développement, depuis la Seconde Guerre mondiale, après la décolonisation; il existe une foule de rapports exposant les diverses tentatives déployées par ces pays pour opérer une décentralisation après avoir été mal servis par une approche centralisée qui visait à solutionner les problèmes de développement. C'est dans les pays en développement (qu'on distingue des pays industrialisés), où les gouvernements jouent un rôle dominant dans l'orientation du développement, que ces changements se répercutent avec le plus d'envergure.

Les grandes théories du développement économique mises de l'avant dans les années 1940 étaient compatibles avec l'idée d'un contrôle centralisé. Pour optimiser les gains du PNB, les politiques d'industrialisation axées sur le capital nécessitaient des gouvernements nationaux une intervention vigoureuse au niveau des investissements et des procédés de production, grâce à des plans complets de développement national dressés par les organismes centralisés. Une telle intervention devait déboucher sur des politiques rationnelles et cohérentes permettant d'utiliser avec efficience les maigres ressources et de promouvoir une croissance rapide. Les organismes d'aide internationaux mettaient l'accent sur la planification centralisée comme moyen de promouvoir

la modernisation, d'accélérer le changement socio-politique, de mobiliser les capitaux et de générer l'emploi. Les plans nationaux orienteraient les investissements publics et privés.

Les retombées des investissements, concentrées dans les agglomérations urbaines, filtreraient vers la périphérie et allégeraient la pauvreté tout en générant des capitaux qui, après réinvestissement, recommenceraient le cycle pour enfin amener une croissance économique autonome. On croyait que les disparités régionales disparaîtraient lentement et que tout le monde en bénéficierait. Enfin, les pays qui sortaient à peine d'une longue période de colonialisme voyaient dans la planification centralisée une fonction d'intégration.

En moins de 10 ans, on perdit ses illusions. La croissance économique piétinait dans presque tous les pays et lorsqu'elle était raisonnable, elle était susceptible de favoriser une petite élite; les disparités régionales prenaient souvent une plus grande ampleur et les pauvres devenaient plus démunis et relativement plus nombreux. Par-dessus tout, il était difficile de suivre les plans globaux et à long terme prescrits par l'extérieur, à la fois à cause de dissensions internes à l'échelon national et d'un manque de compétences, d'aptitudes et de connaissances réelles pour les formuler et les mettre en oeuvre. Les modèles d'analyse macro-économique importés des pays industrialisés étaient souvent inadéquats, en l'absence de données pertinentes. On comprit bientôt que la participation des «gens» était un élément manquant important, de même que les transformations structurales nécessaires sur le plan politique, social et économique.

En fait, on a eu l'impression que, par la planification centralisée, une élite de politiciens, d'économistes, de techniciens et d'administrateurs cherchaient à favoriser leurs propres valeurs et priorités au détriment des collectivités et des organismes privés et gouvernementaux plutôt qu'à promouvoir une participation et une répartition équitable des retombées. Ces perceptions ont donné naissance à un mouvement vigoureux en faveur de la décentralisation.

### Décentralisation

On peut définir la décentralisation, dans la pratique, comme le transfert du pouvoir de planification, de prise de décision et d'administration d'une autorité centrale (gouvernement) à ses bureaux régionaux, unités administratives locales, organismes publics semi-autonomes ou sociétés d'organismes non gouvernementaux. Il y a plusieurs formes de décentralisation, qu'on décrit essentiellement comme suit :

Déconcentration - il s'agit, fondamentalement, d'une redistribution des responsabilités administratives. Elle peut comporter simplement un transfert de la charge de travail du ministère central ou du siège social d'un organisme vers le personnel régional, sans pouvoir de décision; ou bien, il peut y avoir une véritable administration sur le terrain avec un certain pouvoir de décision modelé sur les conditions locales mais encadré par des lignes directrices. Dans certains cas, il y a supervision et coordination locales des divers employés de différents ministères ou organismes par un directeur général.

Délégation - délégation et transfert du pouvoir de gestion et de décision, pour des fonctions particulières, à des organismes comme des sociétés publiques, des commissions régionales ou des responsables de projets spéciaux qui ne relèvent pas directement du gouvernement. La délégation renferme implicitement le pouvoir de planification et de mise en oeuvre à l'intérieur de limites établies.

Dévolution - dans ce cas, le gouvernement central abandonne certaines fonctions à des niveaux ou à des unités indépendants de l'administration publique, qui échappent à son contrôle direct. Le pouvoir de trouver et d'obtenir des ressources pour l'exécution de leurs fonctions est implicite à cette forme de transfert.

Transfert de fonctions - comprend habituellement des responsabilités de planification et d'administration qui sont transférées du gouvernement à des institutions privées, volontaires ou non gouvernementales, dans certains cas à des organismes «parallèles» comme des syndicats, des groupes paroissiaux, des organisations professionnelles ou des coopératives. La «privatisation» est l'un des moyens permettant d'effectuer un tel transfert (2).

Les modèles théoriques et les expériences pratiques mentionnés ci-avant conviennent et s'appliquent à toute proposition de décentralisation d'organismes comme l'ACDI et le CRDI.

En abordant la décentralisation de l'ACDI, le rapport Winegard insiste sur la délégation de la prise de décisions, qui semble correspondre à l'application

plus libérale du type de décentralisation décrit ci-avant (déconcentration). En prônant la décentralisation, on indique qu'elle améliorera l'efficacité des programmes d'aide, qu'on définit comme étant la probabilité d'atteindre de façon économique les objectifs de l'organisme central. On peut y arriver en améliorant la qualité de la sélection et de la gestion des projets et en apportant des correctifs plus rapides lorsque des lacunes sont décelées. On favorise donc une augmentation du personnel régional et de son pouvoir décisionnel. Le personnel régional devrait compter des spécialistes compétents. Pour ce qui est des bénéficiaires, la structure leur permettrait de participer à toutes les étapes de la prise de décisions.

On propose d'autres mécanismes, notamment un budget plus important à la disposition du personnel affecté aux missions et la création de bureaux régionaux de soutien offrant des services d'observation, d'évaluation, d'administration et de logistique.

Le gouvernement a accepté ces propositions dans une large mesure.

Voici quelques-uns des inconvénients de la centralisation qui ont été mentionnés :

- la prise de décisions est trop longue, prenant quelquefois plusieurs années;
- la situation existante suscite de fréquents malentendus entre le siège social et le bénéficiaire;
- les opérations de l'ACDI sont beaucoup trop rigides et trop peu souples.



La décentralisation comporte cependant des coûts, notamment :

- financiers, c'est-à-dire le besoin d'augmenter les fonds destinés à l'administration;
- administratifs, le contrôle exercé par l'organisme central diminuerait;
- politiques, il y a des risques, mais le programme d'aide répondrait davantage aux besoins des associés du pays en développement.

#### La décentralisation au CRDI

Les différentes divisions de programme du CRDI ont constamment pratiqué la décentralisation à des degrés variables.

Depuis le début des années 1980, la Division des sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition a décidé que la plus grande partie de son personnel, y compris certains directeurs associés, travaillerait dans les régions; cette tendance s'est poursuivie puisqu'on trouve actuellement quelque 75 pour cent des employés occupant des postes extérieurs, dont environ le tiers dans les deux principaux bureaux d'Afrique. On a pris cette décision, compte tenu des grandes lignes de la politique, «pour répondre d'avantage aux initiatives de l'extérieur, plutôt que contrôler sa propre orientation» (Étude approfondie de la SAAN, septembre 1985). Les administrateurs de programme jouissant de compétences particulières sont donc de plus en plus postés dans les régions où l'on considère comme prioritaires les domaines relevant de leur spécialité. Cependant, du même coup, ces spécialistes, bien qu'ils

travaillent dans un bureau régional, peuvent utiliser comme ils l'entendent leurs connaissances et leurs compétences.

Dans ces circonstances, l'établissement d'un budget est susceptible de causer des problèmes. Les affectations à un sous-programme ou à une région se fondent sur le nombre estimé de nouveaux projets dans l'exercice qui suit. Le degré d'empressement à répondre aux besoins semble donc quelque peu compromis. Toutefois, malgré ces contraintes, il semble y avoir un transfert réel du pouvoir décisionnel à des administrateurs qui, pour la plupart, se trouvent justement dans les régions (déconcentration libérale mentionnée ci-dessus).

Dans le passé, la Division des sciences sociales a eu tendance à être plus centralisatrice et à conserver à Ottawa l'élaboration des politiques et la prise de décisions. Cependant, conformément à la tendance générale observée actuellement au Centre, un plus grand nombre d'employés sont envoyés dans les régions. On a récemment décidé d'accroître l'effectif du personnel régional et de déléguer aux directeurs régionaux un pouvoir de signature pour certaines formes de recherche en collaboration.

Parallèlement, la Division des sciences de l'information semble avoir été largement centralisée puisque l'élaboration des politiques et la prise de décisions se font à Ottawa. Certains signes pointent cependant vers une décentralisation, car on demande de plus en plus aux administrateurs de programme régionaux de commenter les besoins et les priorités et de faire des suggestions qui sont abordées aux réunions générales du personnel.

Dans le passé, la Division des sciences de la santé était fortement centralisée. Au cours des ans, elle s'est beaucoup assouplie et le personnel régional a pu contribuer aux plans et politiques de la Division. L'arrivée d'un nouveau directeur il y a deux ans a été particulièrement favorable, car les échanges déboucheront sur l'élaboration d'un nouveau plan stratégique.

Chez les divisions qui ne s'occupent pas de programmes, la Division des bourses a appliqué une décentralisation poussée puisqu'elle compte dans les régions des agents qui jouent un rôle primordial et assez autonome (par rapport au bureau principal de la DB) dans les décisions qui touchent leur propre budget. Selon les besoins, on sollicite les conseils des autres divisions, tant dans les régions qu'au bureau central.

Peu importe la situation dans les divisions, l'administration du Centre a fait preuve de cohérence en favorisant la décentralisation mais, selon d'autres, en ne fournissant pas toujours les ressources nécessaires à cette fin. Depuis le début, on a décidé que le CRDI consacrerait une bonne part de ses activités à créer des bureaux régionaux, près des centres d'intervention, qui lui permettraient non seulement de formuler dans une certaine mesure les activités de financement de recherche, mais également de les canaliser et de les surveiller. Depuis quelque temps, l'administration a insisté davantage sur la décentralisation et le Conseil a appuyé cette orientation.

#### STRATÉGIES RÉGIONALES PASSÉES ET PRÉSENTES DU CRDI

Comme il est indiqué ci-dessus, on a décidé au départ que le CRDI fonctionnerait par l'intermédiaire de bureaux régionaux qui seraient situés

dans les régions où existent les problèmes devant faire l'objet de recherches.

Le directeur régional, nommé par le président, a été chargé de gérer les affaires du bureau (avec le soutien nécessaire), d'entretenir des relations avec les institutions et organismes gouvernementaux et autres, d'évaluer le potentiel et le milieu général de la recherche et enfin de mener à bien les tâches «diplomatiques» du Centre, c'est-à-dire en grande partie négocier, rédiger et signer les ententes avec les pays en vue d'autoriser et de faciliter le travail du personnel de programme.

Le personnel de programme, dont la plupart sont des administrateurs, relevait du directeur régional sur le plan administratif; cependant, sur le plan technique et à la longue, il a fait rapport aux directeurs de division à Ottawa qui, à l'intérieur des grandes lignes directrices de la politique du Centre, ont fixé leurs propres politiques et priorités. Dans certains cas, on pourrait s'aventurer à dire que les priorités régionales, décidées par le personnel du bureau central, n'ont pas correspondu aux besoins prioritaires locaux et qu'elles ont souvent été décidées «d'une façon globale». Cependant, comme on l'a indiqué à la section précédente, certaines divisions ont estimé que leurs stratégies régionales de dotation et de développement ont aidé à établir une telle correspondance.

Il y a environ huit ans, la haute direction, connaissant la taille des régions existantes, le volume et la complexité croissants des besoins ainsi que la diversité des situations et des besoins qu'on y trouvait, a proposé d'augmenter le nombre de bureaux régionaux en établissant principalement de petits

bureaux infrarégionaux. Toutefois, il a fallu abandonner cette initiative à cause surtout de contraintes financières. On s'est également interrogé sur l'existence ou autre d'un effectif énorme et des difficultés que poseraient, notamment, la coordination et la communication.

Lors du Séminaire sur la politique et la gestion tenu au Centre au printemps de 1986, on a discuté, entre autres, des recherches entreprises par le CRDI. On a notamment examiné la pertinence de recourir à des directeurs régionaux pour effectuer «l'évaluation» des situations locales afin d'optimiser le financement du CRDI et de le rendre à la longue plus utile. On estimait également qu'une concentration à des niveaux différents (institution, pays, région, secteurs) pouvait renforcer la recherche grâce au SIIR. (Voir le document sur le soutien intégré aux institutions de recherche - SIIR). On a cependant insisté pour disposer de critères largement acceptés afin de procéder à de telles analyses. On a aussi introduit la notion d'objectifs de développement, c'est-à-dire «une approche à la résolution de problèmes communs à une région géographique et (ou) à un aspect particulier du développement.»

Plus récemment, le Conseil et la haute direction du Centre ont examiné le besoin de rendre plus cohérentes toutes les activités du Centre, non seulement pour optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles limitées, mais aussi pour amener le personnel à aborder d'une façon plus holistique et multidisciplinaire les problèmes prioritaires des pays en développement, tout en reconfirmant notre objectif du développement axé sur l'allègement des problèmes de pauvreté. On indique toutefois que le but n'est pas d'imposer une uniformité obligatoire qui enlèverait toute initiative aux divisions.

En exposant le désir à la fois du Comité du président (qui n'existe plus) et du Conseil de tenir davantage compte de la perspective régionale dans la planification du Centre, et en insistant sur le besoin d'étudier les répercussions d'une affectation de ressources supplémentaires aux bureaux régionaux et de dégager les moyens pour accroître la délégation du pouvoir de décision, le Groupe de travail sur les bureaux régionaux a examiné, dans son rapport provisoire, divers modèles possibles de bureaux régionaux suivant trois concepts :

- a) la décentralisation
- b) la nature de l'administrateur de programme : généraliste ou spécialiste?
- c) le niveau de dotation par division

La décentralisation existerait à des degrés variables d'une division à l'autre, se manifestant par le pouvoir de décision de l'AdmPR par rapport à son autonomie en matière d'élaboration de projets et plus particulièrement de budgets.

Pour ce qui est de la décentralisation a), la SSa est prête à l'étendre en accordant plus d'autonomie au personnel régional dans les activités de PPD et dans la collaboration interdivisionnaire ainsi qu'au niveau de certains des moyens recommandés ci-dessous par le groupe de travail, en autant que le Centre donne son accord et que les mécanismes sont bien établis.

Le Groupe de travail accorde une grande attention à b) ci-dessus, c'est-à-dire à la nature et à la fonction de l'AdmPR. Il décrit trois types d'AdmPR :

- (i) le spécialiste (de par nature) qui fonctionne comme un spécialiste
- (ii) le spécialiste qui fonctionne comme un généraliste
- (iii) le généraliste qui fonctionne comme un généraliste.

On souligne que différentes divisions ont adopté des approches variées : la SAAN et la DB ont opté pour (i); la SSo et la SSa ont choisi une combinaison de (ii) et de (iii); la COOP (n'existe plus) a choisi (iii) mais avec une orientation vers (ii); enfin COMM et SI ont adopté la méthode en (iii).

Pour ce qui est de la nature et des fonctions du personnel régional de la SSa, on peut affirmer que la Division s'acheminera certainement vers une combinaison de (i) et (ii) ci-dessus, le RR étant de type (ii) et l'AdmPr de type (i). (Voir Dotation régionale, page 28).

Le document fait également écho au rapport Winegard à de nombreux égards puisqu'il juge souhaitable, en situation de décentralisation, de mieux connaître les conditions locales et de s'y adapter et de raccourcir le temps de réponse aux demandes de renseignements. Cela se répercute sur le niveau de la dotation indiqué en c) ci-avant.

Parmi les propositions du groupe de travail qui sont également appropriées, mentionnons :

- une participation des régions, par l'intermédiaire d'un comité d'examen des projets régionaux auquel siègerait notamment le directeur régional, au processus d'approbation des projets d'un coût inférieur à 100 000 \$ CAD;

- des budgets régionaux pour les activités de projets qui ne relèvent pas des programmes des divisions;
- accroissement de «l'enveloppe projets», c'est-à-dire mettre à la disposition du bureau régional un montant plus important des fonds affectés par la division à un secteur particulier de programmes. (Voir page 20 ci-après.)

Conformément à cette nouvelle ligne de pensée, les stratégies régionales comportent de nombreuses répercussions et mesures :

- On cherche actuellement des moyens qui permettraient aux directeurs régionaux de collaborer davantage à la planification du Centre. Ceux-ci se font entendre aux réunions du Conseil et on propose de trouver des façons de les faire collaborer au (nouveau) Comité des programmes. On leur demande de présenter des plans, dressés au terme d'échanges avec le personnel régional, sur les orientations régionales possibles (c'est-à-dire les ensembles d'activités qui permettraient de répondre aux besoins qui seraient communs aux régions ou aux sous-régions); on leur a demandé de présenter des listes d'institutions possibles dans leur région qui pourraient profiter du soutien intégré accordé officiellement aux institutions de recherche (SIIR - renforcement des institutions/mise en place de capacités).

D'une manière générale, on propose que les directeurs régionaux évaluent les priorités de développement régional et qu'ils tentent de préciser la contribution que le CRDI pourrait apporter. On leur demande également de favoriser la



cohésion entre les programmes appliqués dans la région, plus spécialement en encourageant et en orientant les interactions entre les administrateurs de programme (régionaux) des divisions.

Il reste encore à définir les mécanismes et les détails touchant les considérations techniques par opposition aux raffinements administratifs.

- Au niveau de l'administrateur de programme, on encourage une collaboration interdivisionnaire dans l'élaboration, le financement et la surveillance des projets.
- On encourage également les administrateurs de programme régionaux à travailler étroitement avec les directeurs régionaux en les conseillant sur les objectifs, les priorités et les initiatives de nature régionale.
- Grâce à une déconcentration plus étendue, les administrateurs de programme peuvent utiliser à leur discrétion une part plus importante des fonds PPD pour entreprendre des études de démonstration et d'exploration dans leur région, conformément à la politique divisionnaire globale.

En outre, depuis plusieurs années, le Centre met à la disposition des bureaux régionaux des fonds de plus en plus importants que les directeurs régionaux peuvent utiliser à leur discrétion à des activités qui ne sont pas financées par leur budget régulier du programme mais qui servent quand même les intérêts et les programmes du CRDI.

Dans une récente note de service envoyée au Comité des programmes, le Bureau de la planification et de l'évaluation a fait quelques propositions au sujet du rôle des administrateurs régionaux et des directeurs régionaux. Bien qu'elles ne soient pas nécessairement acceptables à tous les employés du Centre, ces propositions présentent un intérêt quelconque pour le déploiement stratégique des compétences.

Dans sa discussion du rôle du directeur régional, cette même note de service recommande d'y inclure la collecte de données sur la planification, plus précisément sur :

- les besoins et les occasions de développement;
- les besoins et les priorités de la recherche;
- la disponibilité des ressources matérielles et humaines de toute provenance.

On a exprimé le besoin d'aborder et d'étudier plus avant une foule de ces modalités, surtout les nouvelles, plus particulièrement leurs répercussions sur l'attribution des ressources. On demande également de trouver des moyens d'augmenter le pouvoir de décision des bureaux régionaux (? qui demeurera vraisemblablement au niveau de la déconcentration).

Quelques bureaux régionaux ont déjà songé à des moyens d'étendre la décentralisation. Au BRASI, par exemple, on indique qu'il y a déjà une certaine forme de décentralisation administrative, particulièrement en ce qui concerne les prétendues activités de l'étape C (qui touchent le BRASI et le BRAIA). En outre, tous les bureaux ont déjà les mécanismes PODA et FER, ce

qui revient à une certaine forme de décentralisation des programmes. Dans ce dernier cas, on propose un régime d'enveloppes régionales qui viserait essentiellement les projets interdivisionnaires menés en collaboration par les régions, qui seraient autorisés au niveau régional jusqu'à un maximum de 75 000 \$ CAD, chaque division contribuant 50 000 \$ CAD par année à ce budget. On créerait un comité régional d'examen des projets qui se réunirait quatre fois l'an pour surveiller les activités de ces enveloppes. Il y aurait une période d'essai d'un an.

De plus, on propose que les bureaux régionaux rédigent chaque année le Programme des travaux et Budget (PTB).

Lors de la réunion des employés du ERACO en avril 1988, suivant le désir de l'administration du Centre, on discutera de la question de la planification régionale. On a déjà décidé qu'on s'attacherait aux activités interdisciplinaires de nature intersectorielle.

Dans un récent rapport présenté au Conseil, le directeur régional a indiqué que la décentralisation constituait à un projet de recherche pertinent dans sa région, car il aiderait les gouvernements à démocratiser le système politique à la base. La SSo manifeste un intérêt de plus en plus marqué à cette question.

Les membres du Conseil ont souligné, malgré l'apparence semblable des problèmes, qu'il y a des différences entre les régions, qui nécessitent des solutions différentes.

Sur le plan des stratégies régionales, les membres du Conseil se demandent également souvent si certaines des choses que nous nous proposons de faire (par exemple la formation) ne devraient pas être confiées à l'ACDI!

#### STRATÉGIES RÉGIONALES DES DIVERSES DIVISIONS DU CENTRE

A la lumière de ce qui précède, particulièrement l'attitude du Canada en matière d'APD, la question de décentralisation et l'évolution des stratégies régionales à l'échelon du Centre, on entreprendra un examen des éléments composants les différentes stratégies divisionnaires qui pourraient s'appliquer aux propres stratégies régionales et à la politique générale de la SSA et se répercuter sur elles.

L'examen des documents rédigés par les diverses divisions au cours des années passées a permis de faire ressortir les stratégies régionales qu'elles préconisent.

#### Division des sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition

D'une façon générale, les plans de la SAAN semblent reposer sur les systèmes existants :

- Économie agricole
- Systèmes de production animale et végétale
- Pêches
- Foresterie
- Système de postproduction

La stratégie régionale globale semble être de fonctionner à l'intérieur de ces systèmes tout en s'arrêtant aux besoins particuliers, aux priorités et au contexte (recherche, aspect politique, etc.) et de fournir un appui là où des institutions manifestent un intérêt et où la SAAN est bien établie.

Selon les documents examinés, il semble que la SAAN, ayant procédé à une décentralisation acceptable (voir ci-avant), s'attache davantage à sa capacité de répondre aux demandes et accorde la priorité aux pays, à l'intérieur des régions, qui sont déjà en mesure d'atteindre les résultats. On trouve donc des projets à plusieurs étapes dans la même institution et les résultats seraient pertinents et importants pour la région. Outre ce fait, les stratégies régionales semblent se résumer principalement à un déplacement des ressources, à l'intérieur des (sous) programmes existants, vers les régions qui paraissent en avoir le plus besoin. Le manque de nourriture est un exemple puisque depuis quelques années, on délaisse l'Asie pour l'Afrique.

Parmi les autres questions qui s'appliquent à de telles stratégies régionales, il semble y avoir :

- la présence ou l'absence d'un climat politique favorable;
- une préférence à choisir les endroits où il est plus facile d'entreprendre des projets «valables».

On admet que cette façon de procéder comporte certains dilemmes, surtout que le Centre s'affaire de plus en plus à constituer des capacités et à s'attacher aux secteurs les plus démunis (région et pays), et on examine actuellement des options pour modifier les stratégies.

Parmi les secteurs auxquels la SSa a collaboré et pourrait accroître sa collaboration, mentionnons la nutrition et l'environnement toxique (notamment les pesticides en agriculture et les toxines dans la nourriture).

### Division des sciences sociales

Cette Division est celle qui pourrait profiter d'une collaboration optimale de la SSa. Le présent remaniement de la Division devrait favoriser davantage une telle collaboration.

#### **1. Afrique :**

Les ressources financières et humaines de la Division se concentreront sur ce continent.

##### **a) Afrique centrale et occidentale**

On encouragera des contacts et des échanges accrus entre les institutions et les chercheurs (BRAFO et BRACO), l'établissement de réseaux et la mise en place d'une capacité de recherche. Les projets de recherche pertinents porteront sur la mortalité des nouveau-nés et des mères, la fécondité chez les adolescents et la stérilité.

##### **b) Afrique orientale et australe**

La SSa s'intéressera aux projets de recherche sur la survie des enfants, les besoins de santé des collectivités, les comportements favorisant la

santé, les aspects des maladies tropicales endémiques qui touchent le comportement, l'éducation sanitaire, la régulation des naissances et l'effet de la croissance démographique. On propose également de mettre en place une capacité institutionnelle.

c) Moyen-Orient

Dans cette région, les recherches porteront sur la diminution de la fécondité. On mentionne également une formation en recherche démographique.

2. Asie du Sud :

Les priorités visent la survie et le développement des enfants, l'éducation et la santé, la fécondité et la régulation des naissances, la conception et la mise en oeuvre de systèmes de santé et l'efficacité des soins de santé classiques.

3. Asie du Sud-Est :

Les recherches porteront sur l'éducation par rapport à la santé et à la fécondité de la collectivité et, plus particulièrement avec la collaboration de la SSa, sur les interactions population-santé, notamment la mortalité et la morbidité infantiles et juvéniles et, à la longue, les maladies tropicales.

#### 4. Amérique latine :

Dans cette région, la SSA s'intéressera à plusieurs domaines de recherche : morbidité des enfants, malnutrition et développement psycho-social; fécondité chez les adolescents; déterminants (non biologiques) des maladies tropicales; éducation sanitaire.

On prévoit mettre l'accent dans les différentes régions sur les sujets suivants :

Amérique latine - analyse politique et économique.

Afrique - formation, mise en place d'infrastructures.

Asie - formation, établissement de réseaux.

(Moyen-Orient - pas encore précisé)

D'une manière plus générale, les stratégies régionales comprennent des éléments comme l'échange d'information, l'établissement de réseaux, la collaboration sud-sud, la collaboration interdivisionnaire, la constitution d'une capacité de recherche, la coordination des efforts avec les autres organismes et l'élaboration de méthodologies.

Il est clair que certains domaines de recherche sont communs à toutes les régions. Il est probable que les stratégies régionales seront plus détaillées lorsque les plans évolueront.



### Division des sciences de l'information

Comme à la SAAN, il ne semble pas y avoir encore un ensemble distinctif de stratégies régionales énoncées dans un plan. Il est hors de doute qu'elle a répondu à certains besoins régionaux compte tenu des priorités et des orientations du programme global.

Toutefois, comme on l'a mentionné précédemment dans la section sur la décentralisation, on incite maintenant les employés des régions à présenter, pour fins de discussion, les secteurs qu'ils considèrent comme prioritaires dans leur région. On a apparemment l'intention de modifier les programmes dans l'avenir afin de les rendre plus pertinents et plus adaptés aux besoins régionaux.

Les réseaux d'information sur la santé constituent un grand domaine auquel la SSa et la DSI pourraient de plus en plus collaborer afin d'améliorer la planification et la gestion des systèmes de services de santé, surtout en Afrique occidentale francophone. Les activités porteront ici sur des disciplines comme les maladies tropicales, la santé et la sécurité au travail, l'hygiène publique, la médecine traditionnelle, la nutrition, la santé des mères et des enfants et la régulation des naissances.

### Division des communications

Comme auparavant, nous entendons poursuivre de bonnes relations de travail avec la COMM pour ce qui est de la publication de rapports et de manuscrits relatifs à certains ateliers et projets.

La diffusion des résultats des recherches est un domaine pour lequel on propose une nouvelle forme de collaboration. Bien entendu, cela est d'une grande importance à l'échelon régional et local et nous poursuivrons cette initiative avec beaucoup de prudence.

#### Division des bourses

La SSa a entretenu de bonnes relations de travail avec la DB en l'aidant à choisir des candidats pouvant recevoir une formation en sciences de la santé et en collaborant à l'organisation d'ateliers sur la méthodologie de la recherche. Il y a tout lieu de croire que cette relation étroite et constructive se poursuivra. Les deux divisions collaborent actuellement à une évaluation approfondie des ateliers de formation que nous appuyons depuis plusieurs années.

#### Division des sciences de la terre et du génie

Cette nouvelle division, qui succède à la Division des programmes de coopération, est une création si récente qu'elle ne possède pas encore, du moins à notre connaissance, de stratégies régionales ni de programmes définitifs. Dans le passé, la SSa a entretenu de bonnes relations avec la COOP en collaborant à un nombre accru de projets mixtes.

#### DOTATION RÉGIONALE DE LA SSA

Selon la SSa, il faudrait compter sur un nombre «critique» d'employés à Ottawa, spécialisés et expérimentés dans plusieurs disciplines, dont la tâche

serait d'amorcer les orientations et la politique globale de la Division en sollicitant la collaboration du personnel régional et un échange d'information avec d'autres organismes, institutions subventionnaires et intervenants dans le domaine de la santé.

Le représentant régional de la Division des sciences de la santé a été et continuera d'être ce que nous appelons un spécialiste-généraliste\*. Cette personne devra idéalement posséder un diplôme en médecine ou une formation au niveau du doctorat, une formation de deuxième ou troisième cycle dans une discipline pertinente et enfin une expérience des pays en développement, notamment une participation importante à des travaux de recherche. On choisira le candidat qui répond le plus possible aux exigences du poste (on peut se procurer une description de poste générique auprès de la Division).

Les administrateurs de programme régionaux (AdmPR) n'auraient pas nécessairement une formation médicale mais ils posséderaient des connaissances, des compétences et une expérience dans le domaine de la santé qui viendraient compléter la formation du RR et répondraient aux besoins régionaux. De fait, le recrutement et le déploiement des employés des bureaux régionaux devraient se faire non pas uniquement selon les besoins perçus par la SSa, mais en fonction des orientations régionales et d'une recherche de cohérence au niveau du Centre de même qu'en fonction du besoin manifesté par le Centre (c'est-à-dire tous les secteurs).

---

\* Le type (ii) décrit dans le rapport du Groupe de travail sur les bureaux régionaux (voir p. 16 ci-avant).

Outre les RR et les AdmPR, la SSa estime nécessaire d'avoir des adjoints au programme (AP), surtout dans les bureaux extérieurs non de l'étape C, pour l'application des projets.

Le tableau I de la partie II du plan stratégique de la SSa indique les années-personnes dont a besoin la SSa.

### Le rôle des représentants régionaux

Voici un résumé des fonctions des représentants régionaux, comme les perçoit la SSa :

Avec la collaboration du directeur et des administrateurs de la division, aider à mettre au point les plans et les programmes divisionnaires à l'échelon régional ainsi que la politique et les orientations des programmes de la Division; entretenir des relations avec les chercheurs et leurs institutions; encourager et aider les chercheurs à mettre au point des propositions de recherche; examiner de telles propositions; surveiller les projets actifs; aider à entretenir des relations et veiller à favoriser le partage de renseignements entre les chercheurs manifestant des intérêts similaires (réseau); organiser des réunions d'élaboration de projets selon les besoins, ainsi que des séminaires et des ateliers appropriés. On s'attend également du représentant qu'il entretienne des relations avec les représentants des autres organismes avec lesquels il est susceptible de collaborer, et qu'il mette au point des activités mixtes avec eux. De plus, le représentant régional représente la Division lors des réunions à caractère régional et international.

On estime à l'heure actuelle que les fonctions l'amèneront à travailler davantage avec le directeur régional sur les plans régionaux, grâce à ses connaissances en matière de santé; on prévoit aussi qu'il travaillera à des activités mixtes avec des collègues d'autres divisions de programme.

Dans un avenir rapproché, dans l'espoir que la Division obtienne d'autres années-personnes, on embauchera des employés supplémentaires pour les bureaux régionaux. Il s'agira d'employés au niveau de l'administrateur de programmes et de l'adjoint au programme qui viendront compléter les qualités et l'expérience du représentant régional, selon les besoins de la région. (Voir aussi les pages 73 et 74 de la partie II du plan stratégique.) Le représentant régional assumera la supervision technique et administrative des autres employés de la SSa au bureau régional.

On propose également que le représentant régional sélectionne les projets, qu'il fasse effectuer, au besoin, des examens locaux par des pairs, et qu'il participe à la création et (ou) aux activités d'un comité local ou régional en matière d'éthique.

A sa discrétion, le représentant régional tiendra un portefeuille des projets régionaux qui reflètent ses intérêts personnels et ses connaissances spécialisées. Les déplacements et les contacts du personnel au bureau central avec les chercheurs régionaux se feront par l'entremise des représentants régionaux et des directeurs régionaux.

On trouvera ci-joint un profil des représentants régionaux actuels de la SSa.

## POLITIQUE ET STRATÉGIES RÉGIONALES DE LA SSA

Nous présentons maintenant un aperçu des stratégies régionales proposées de la SSA en nous basant sur tous les plans et les renseignements donnés ci-avant.

Comme l'indique le Plan stratégique (section E, page 67), on prévoit que les stratégies régionales de la SSA évolueront de pair avec les stratégies globales, dans le cadre d'un processus interactif d'échange de renseignements entre les deux.

Le Plan stratégique de la Division indique clairement l'approche globale et holistique qui sera adoptée face aux problèmes de la santé, laquelle s'appuiera sur les collectivités et les individus de même que sur les compétences et les talents des diverses disciplines tant à l'intérieur de la Division qu'entre les diverses divisions. Les véhicules qui serviront à la mise en œuvre de ce plan stratégique sont les trois programmes de recherche qu'on a décrits comme «interdépendants et interactifs» (Santé et communauté, Santé et environnement, Systèmes de santé). On a également expliqué les éléments et les dimensions des programmes.

Au niveau régional, les plans sont ou seront dressés en fonction des besoins spéciaux des régions, des lacunes apparentes et des occasions qui pourront se présenter, plus particulièrement lorsqu'elles procureront un avantage au CRDI.

Pour la mise au point de ces plans régionaux, il y aura idéalement consultation des institutions, des chercheurs, des utilisateurs des résultats

de la recherche, des organismes de développement et des autres groupes pertinents et intéressés, notamment les organisations communautaires.

Il y aura également collecte, regroupement et analyse des données existantes sur la santé et les aspects socio-économiques de même que sur d'autres domaines relatifs au développement. Il pourrait même être nécessaire d'entreprendre des recherches spéciales pour obtenir des données à ces fins de planification.

Toutes ces données, obtenues aux fins des autres plans stratégiques de la Division dans le domaine de la santé (voir les pages 21-28 ci-avant), devraient être regroupées et harmonisées afin de servir de base aux modifications ou au perfectionnement des stratégies globales. Cet exercice aurait lieu à peu près tous les deux ans. A leur tour, les nouvelles stratégies globales serviront à définir les plans régionaux, du moins en ce qui concerne les aspects intersectoriels touchant la santé. Ce processus interactif se poursuivra indéfiniment.

Dans la mesure où les plans régionaux auront déjà été dressés, les représentants régionaux de la SSa, de concert avec le personnel d'Ottawa, devront commencer à mettre en forme les stratégies régionales en tenant compte des plans des autres divisions, comme il est mentionné ci-avant. Les éléments existent déjà pour les plans régionaux de l'Afrique orientale et australe, de l'Afrique occidentale et centrale (voir le document intitulé *Building Research Capacity in Developing Countries*) et de l'Amérique latine.

Pour les deux premiers, ces éléments comprennent, en résumé, un appui pertinent à la formation (y compris l'épidémiologie, la recherche des systèmes et la gestion) et à la recherche afin de pouvoir aborder les principaux problèmes des régions (SIDA, maladie du sommeil, sécheresse, famine); la mise en place d'institutions et la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche.

Pour la dernière région, les principaux éléments ont trait aux approches intégrées (multidisciplinaires) de la recherche sur le bien-être des habitants des hautes Andes et des pêcheurs artisanaux des Antilles et de la côte du Pacifique.

Pour ce qui est du domaine de la santé, le représentant régional de l'Amérique latine, avec la collaboration du personnel de l'administration centrale, a déjà indiqué certains éléments provisoires d'une stratégie régionale, outre sa participation. Il s'agira, notamment :

- de dégager les questions prioritaires en matière de santé (qu'on distingue des questions médicales), d'appuyer les recherches à ce sujet et de travailler avec les institutions appropriées;
- de recourir à la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire comme moyens d'accès à différents pays, avec la collaboration de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/OMS);
- de façon proactive, travailler avec certaines institutions et identifier et renforcer celles qui affichent une situation stratégique :



- . sur le plan géographique, à l'intérieur d'un pays
  - . sur le plan régional
  - . par rapport aux collectivités démunies (comme dans certains pays ou régions de pays)
  - . qui s'occupent de santé communautaire, de soins de santé de première ligne et d'éducation sanitaire.
- 
- d'établir des réseaux grâce à des réunions d'identification et de développement;
  - de cultiver le rôle particulier des institutions des pays émergents de la région, surtout ce qui touche l'élaboration et la mise à l'essai de méthodologies susceptibles de s'appliquer dans d'autres pays, du moins dans les régions; et de coordonner les activités de recherche des réseaux;
  - de recourir à certaines institutions (et chercheurs) en Amérique latine comme points de consultation pour certains pays d'Afrique (par exemple le Brésil et le Mozambique);
  - de faire une sélection plus prudente, moins globale et plus délibérée des projets financés, compte tenu des efforts déployés par la Division pour améliorer davantage les relations avec ceux qui bénéficient de notre aide.

La plupart de ces fonctions concordent assurément avec les nouvelles orientations de la Division. Il faut maintenant préciser ces éléments en harmonisant les impératifs régionaux et globaux et en tenant bien compte des intentions des autres divisions.

### PROCHAINES ÉTAPES

1. La SSa remplira aussi vite que possible le seul poste vacant qu'elle a dans les régions. Les autres ressources humaines dont elle pourrait avoir besoin dans les régions seront examinées attentivement, abordées avec l'administration du Centre et, dans la mesure du possible, fournies dès qu'il sera pratique de le faire.
2. Au moment de combler d'autres postes, on tiendra compte de leur complémentarité avec les postes régionaux existants; des besoins particuliers des régions; des intentions intersectorielles (inter-divisionnaires) et des occasions intersectorielles au niveau du bénéficiaire. Il faudra, pour cela, travailler étroitement avec les directeurs régionaux et le personnel régional de toutes les divisions.
3. Le personnel devra se (re)familiariser complètement avec la politique du Centre et de la Division ainsi qu'avec les intentions des bureaux régionaux de la SSa. On accordera une attention spéciale aux employés recrutés et affectés pour la première fois tant à l'administration centrale que dans les régions.
4. On réunira le personnel des bureaux régionaux et de la Division, y compris les directeurs régionaux et les représentants régionaux de la SSa, afin de dresser des plans et des stratégies de collaboration mutuelle pour les bureaux régionaux, en tenant compte des occasions et des besoins particuliers des régions. On s'accordera sur les priorités et les plans seront dressés en conséquence. Comme on l'a indiqué

précédemment, il faudra peut-être entreprendre des recherches pour obtenir quelques-unes des données nécessaires.

5. On examinera et on expliquera les voies de communication, les exigences de rapport et les niveaux de pouvoir et de prise de décisions.
6. Dans tous ces efforts, on tiendra compte des intentions des autres divisions de recherche.
7. La Division poursuivra sa collaboration avec la DB, plus spécialement avec ses représentants régionaux, aux fins du perfectionnement des ressources humaines; elle fera aussi de même avec la COMM pour améliorer la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche.
8. A la lumière des nouvelles recommandations du rapport Winegard à l'endroit de l'ACDI et des «préoccupations» des membres du Conseil au sujet du rôle de formation du CRDI (voir ci-avant), nous déploierons des efforts semblables pour participer avec l'ACDI au perfectionnement des ressources humaines.
9. Dans la même perspective, on collaborera avec l'ACDI à des projets mixtes dans les régions. On tentera de lancer des projets suscitant un intérêt commun basé sur un besoin perçu; l'étape de la recherche (financée en grande partie par le CRDI) fournira à l'ACDI les données dont elle a besoin pour préciser l'assistance technique qu'elle peut apporter.

Il est manifeste que certains employés régionaux de l'ACDI sont prêts à ce genre de collaboration, par exemple en Indonésie en ce qui concerne les projets écologiques et de distribution d'eau.

10. Avec la collaboration de l'administration centrale et du personnel régional de toutes les divisions en cause, on identifiera les institutions pouvant faire l'objet du soutien intégré (SIIR) tant du point de vue multisectoriel que des perspectives unisectorielles (comme la santé), comme le précise le document de la Division sur la constitution de la capacité de recherche. L'Afrique sera au centre des priorités.
11. On s'efforcera de collaborer aux programmes des organismes non gouvernementaux (ONG) tant au Canada - comme l'Association canadienne de santé publique (ACSP) - qu'à l'échelon local (par exemple le programme d'immunisation appuyé par le gouvernement du Canada par l'intermédiaire de l'ACDI). On estime que le rôle particulier du CRDI est de fournir une expertise et un appui à la recherche opérationnelle qui pourrait s'avérer nécessaire pour mener à bien les programmes. On prêterait attention aux préoccupations régionales et locales, surtout dans le domaine des soins de santé de première ligne.
12. On poursuivra, surtout à l'échelon régional, la collaboration avec les autres organismes de santé à des programmes mixtes, les aspects de la recherche demeurant l'intérêt principal du CRDI. Parmi ces organismes, mentionnons l'OMS, l'UNICEF, le Conseil de population, le PTAS, la fondation Rockefeller et la fondation Ford. On favorisera également une telle collaboration avec des groupes comme la Commission indé-

pendante de recherche internationale sur la santé qui peut fournir des renseignements utiles et inestimables pouvant s'appliquer aux besoins des régions.

Les mécanismes précis, qui comprendront l'échange d'information, feront l'objet de plus amples discussions et communications avec les collaborateurs éventuels.

13. Nous chercherons délibérément des occasions de promouvoir et d'appuyer la collaboration sud-sud par des consultations, des projets mixtes et des réseaux.
14. Nous chercherons aussi constamment des occasions d'utiliser les connaissances et les compétences appropriées et disponibles au Canada afin de pouvoir trouver, par des consultations ou un travail de collaboration, des solutions aux problèmes des régions. Cela renforcera du même coup la participation et la croissance des institutions canadiennes sur le plan international.
15. La SSa examinera attentivement avec le personnel régional des mesures pour renforcer le processus local d'examen par les pairs qui a lieu après la sélection des projets par le représentant régional de la SSa et auquel participe d'autres employés régionaux compétents.
16. La SSa examinera aussi la possibilité de participer à la création et aux activités de comités d'examen régionaux en matière d'éthique, avec la collaboration du BSCJ.

## ÉVALUATION

Il conviendrait de mentionner un autre document rédigé par la SSa sur ce sujet. Cependant, il importe de souligner que, à l'instar du BPE, toutes les nouvelles initiatives, comme des expériences avec des «enveloppes régionales», devraient comporter des mécanismes intégrés d'évaluation. Bien sûr, la SSa voudra collaborer à ce projet.

A la lumière de ce qui précède, la SSa examinera de toute urgence et d'un oeil critique, avec l'administration du Centre et le personnel régional, des moyens d'accroître la décentralisation, surtout lorsqu'on aura à notre disposition des données d'évaluation.

## CONCLUSION

Afin de pouvoir concrétiser tous ces plans stratégiques d'une façon rationnelle, il faudra pouvoir compter le plus rapidement possible sur un personnel régional compétent et suffisant.

Ces employés devront posséder une préparation, des connaissances et des compétences, l'expérience de même qu'une aptitude manifeste pour être en mesure non seulement d'effectuer des analyses mais aussi de s'adapter aux nuances des cultures et des traditions locales. Il sera primordial de tenir compte de ces considérations dans le recrutement du personnel qui recevra une initiation pertinente au bureau central et dans les régions avant d'entrer en fonction. La période d'initiation variera selon l'expérience des candidats.

## **RÉSUMÉ**

Ce document a examiné l'attitude du gouvernement du Canada en matière d'aide publique au développement, de même que les moyens et les objectifs mis en oeuvre à cette fin, qui touche les stratégies régionales du CRDI. Il a également examiné les déclarations et les intentions de l'administration du CRDI ainsi que celles des employés régionaux et des différentes divisions de programme qui sont tout aussi pertinentes. S'il aborde les questions de décentralisation, c'est qu'elles sont primordiales aux stratégies régionales.

Le document touche ensuite la politique globale et régionale de la SSa tout en expliquant le processus itératif qui doit s'opérer continuellement entre l'exercice de planification des stratégies globales et celui des stratégies régionales; enfin, il précise quelques-uns des projets que compte entreprendre la Division, avec la collaboration, espérons-le, des autres divisions du Centre, de l'ACDI et d'autres organisations et agences, dans les diverses régions desservies par le Centre, en soulignant les répercussions principales au niveau de la dotation régionale.

Des mesures précises sont ensuite proposées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Decentralization and Development, Policy Implementation in Developing Countries, Cheema, G. Shabbir et Dennis A. Rondinelli (Éd.), Sage Publications, 1983.
2. Decentralization in Developing Countries, A Review of Recent Experiences, World Bank Staff Working Papers No. 581; Rondinelli, Dennis A., J.R. Nelles et G.S. Cheema, The World Bank, Washington (D.C.) 1984.
3. Qui doit en profiter? Rapport du Comité permanent des Affaires étrangères et du commerce extérieur sur les politiques et programmes du Canada en matière d'aide publique au développement, Chambre des communes, Canada, mai 1987.
4. L'assistance canadienne au développement international : Pour bâtir un monde meilleur, réponse du gouvernement du Canada au rapport du Comité permanent des Affaires étrangères et du commerce extérieur, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, septembre 1987.



5. Rapport du séminaire sur la politique et l'administration, CRDI, 17 juin 1986.
6. Rapports des réunions du Conseil, octobre 1986 à octobre 1987.
7. Rapport (semestriel) du Regional Office Working Group, 8 juin 1987 (MC 87/35).
8. Plan stratégique, 1987-1992, Division des sciences sociales, CRDI, décembre 1987.
9. Étude approfondie de la Division des sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition, septembre 1985.
10. Rôle des directions régionaux dans la planification (note de service du 11 mars 1988 du vice-président des Programmes au président).
11. La chaîne de l'information sur le développement : examen approfondi de la Division des sciences de l'information, 1985.

12. Regional Preoccupations : Rapports des directeurs régionaux au président du CRDI, juillet 1987.
13. Compte rendu de l'assemblée annuelle du ERASI, 9 et 10 novembre 1987.
14. Planification du Centre et des bureaux régionaux : note de service du 8 février 1988 de J. Hardie au V.P. Programmes (Dossier PRO 4571.4.5).

